

11226 25
26j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H. G. Z. No. 8 "SAN ANGEL"

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS
TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y
APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS
MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DRA. GUADALUPE ALMA RUTH DAMKEN ROBLES



MEXICO, D .F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

I.- INTRODUCCION	1
II.- DEFINICIONES	4
III.- ANTECEDENTES HISTORICOS	7
IV.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	11
V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
VI.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	31
VII.- HIPOTESIS	32
VIII.- PROGRAMA DE TRABAJO	33
IX.- RESULTADOS	36
X.- ANALISIS DE RESULTADOS	54
GRAFICAS	64
XI.- CONCLUSIONES	79
XII.- COMENTARIOS	81
XIII.- BIBLIOGRAFIA	82
ANEXOS	85

I . - I N T R O D U C C I O N .

Durante muchos años, la población en general e inclusive la población médica, ha tenido cierta aversión hacia las alteraciones psicológicas y psiquiátricas de las personas. Ha habido problemas ya que incluso se veía a la Psiquiatría como incapaz de comprobar científicamente sus postulados.

Sin embargo, con muchos trabajos y poco a poco, la Psiquiatría ha ido borrando esa mala imagen que se tiene de ella, y el Médico Familiar y el Médico General han ido reconociendo la necesidad de ampliar sus conocimientos en esta área para un manejo integral de sus pacientes en su consulta diaria.

Hemos de recalcar en este párrafo que si el avance ha sido lento en la Psiquiatría de adultos, en lo que se refiere a las alteraciones mentales infantiles, éste ha ido mucho más lento, ya que hasta hace poco tiempo se le ha venido dando importancia a este rubro, se ha estado investigando mucho más y se ha estado reconociendo que el niño puede presentar alteraciones psiquiátricas (además del autismo, el retraso mental, etc), que pueden dejar secuelas en la adultez, muchas veces severas.

Una de estas patologías de la niñez son los "Transtornos por Déficit de Atención y Aprendizaje", los cuales se han venido presentando a lo largo de la historia hasta el momento actual, pero que hasta hace poco tiempo se le ha estado dando la importancia que merece tanto a su -

diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, así como a la readaptación de de los niños que presentan dicha alteración, a la vida escolar.

Es importante remarcar que, aunque los problemas escolares son muy comunes en nuestro medio, el Médico Familiar, el Pediatra y el Médico General, por desconocimiento de estos trastornos, como entidades patológicas que pueden ser diagnosticadas y tratadas, las deja pasar de largo - sin darles la importancia que merecen, con el consecuente perjuicio a la vida escolar y posteriormente, la laboral y económico-social de su paciente.

Si tomamos esto como base, podríamos presuponer que el Médico Familiar, el Pediatra y el Médico General, no están sirviendo como orientadores de las familias que presentan esta patología, con el consecuente mal manejo de la misma por parte de los padres; y si tomamos en cuenta -- que vivimos en una sociedad competitiva, en la cual uno de los factores importantes de la misma es, la educación, la capacitación y la productividad de cada uno de sus miembros, vemos entonces la importancia que tiene el que el Médico Familiar, el Pediatra y el Médico General reconozcan dicha patología y sirvan de guía a los padres, para que éstos conozcan a su vez estos trastornos y puedan manejar adecuadamente a sus hijos tanto emocional y conductualmente con el objeto de disminuir los efectos negativos que los Trastornos de Atención y Aprendizaje puedan traer a la vida psicosocial y escolar, y en un futuro a la económico-laboral de sus hijos

Espero que el presente trabajo de investigación sirva para este

propósito y logremos aclarar qué tanto saben los padres acerca de los -
"Transtornos por Déficit de Atención y Aprendizaje" de sus hijos y cuál -
es la mejor forma de ayudarlos a superar dichos transtornos.

I I . - DEFINICIONES.

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana, define a los Transtornos por Déficit de Atención con Hiperactividad como: "un síndrome caracterizado por la triada sintomática de inatención, hiperactividad, e impulsividad; así como un inicio antes de los 17 años, con una evolución mínima de 6 meses, y que se excluya otro tipo de trastornos (retraso mental, esquizofrenia, trastornos afectivos), pudiendo encontrar asociados: trastornos específicos del desarrollo, signos neurológicos suaves, trastornos electroencefalográficos y repercusiones en el rendimiento escolar, la dinámica familiar y el medio social". (1)

En caso de no haber hiperquinesia, se diagnostica como "Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad". (1)

Se conoce como Retraso o Fracaso en el Aprendizaje a: "la deficiencia para el aprendizaje de una habilidad específica que no se deba a trastornos físicos o neurológicos, ambos demostrables, ni a trastornos generalizados del desarrollo, a retraso mental ni a la falta de oportunidades educativas". (1)

Los trastornos de aprendizaje se encuentran comprendidos dentro de los "Trastornos del desarrollo" (Eje II), en la subclasificación "Trastornos Específicos del Desarrollo", del DSM III-R. (1).

Los trastornos de las habilidades académicas son:

1.- Trastornos del desarrollo del cálculo aritmético.

- 2.- Transtornos del desarrollo de la escritura.
- 3.- Transtornos del desarrollo de la lectura.
- 4.- Transtornos del desarrollo del lenguaje.
- 5.- Transtornos del desarrollo de las habilidades motoras. (1)

Una vez ubicados y definidos lo que son los transtornos de aprendizaje, debemos hacer algunas aclaraciones y definiciones de conceptos. El comportamiento humano tiene actividades de selección y procesamiento.

Seleccionar es escoger lo que se hace o piensa, y es una parte muy importante del comportamiento adaptativo. (2)

Procesar es utilizar la información que se recoge para un propósito deseado. (2)

Entonces debemos entender que las fallas del aprendizaje ocurren por una selección (atención) deficiente, o un procesamiento inadecuado o a ambas.

A estos transtornos de la atención (selección) se les conoce como "Transtornos del Estilo Cognoscitivo". (2)

Existen dos alteraciones básicas de la atención (2):

1º.- Los niños con la característica de ser demasiado impulsivos, que no pueden mantener su foco de atención el tiempo suficiente para aprender la materia. La impulsividad se conoce como Atención Subenfocada o Hiperactividad.

2º.- Los niños que son demasiado compulsivos, que se concentran mucho tiempo en un solo estímulo y que por lo tanto no aprenden lo suficiente. A esta alteración se le conoce como Atención Superenfocada.

Se conoce como "Transtornos del Poder Cognoscitivo" cuando el niño es capaz de concentrarse correctamente, pero experimenta un grado de dificultad inusitado para entender conceptos y recordar cierta información (2).

A los transtornos del poder cognoscitivo se le conoce también como dificultades para el aprendizaje, y esto puede entenderse mejor tomando en cuenta que son un rezago selectivo del desarrollo. (2)

I I I . - ANTECEDENTES
HISTORICOS

- En Europa del Oeste, la educación elemental aparece en el año 700 D.C., pero no es hasta hace unos 150 años, en que los países en roma particular comienzan a aceptar que la educación puede ser, (debe ser) proporcionada por el Estado a todos los niños. (3)

- En Inglaterra, se creó la Educación Universal en 1870. (3)

- El concepto actual de Transtornos por Déficit de Atención se remonta a fines del siglo pasado, cuando Bourneville, en 1897 describe niños con "retraso mental leve e hipermovilidad intelectual y física" (4)

- En 1901, J. Demoor compara la inestabilidad psicomotriz con una "corea mental". (4)

- En Inglaterra, en 1906, se autorizó proveer a los niños de leche y alimentos por las autoridades locales de las escuelas primarias. (3).

- En 1907, en Inglaterra, se crea oficialmente el Servicio Médico Escolar, donde se realizan tres inspecciones médicas escolares al año. Estas inspecciones van encaminadas no solo a detectar problemas de salud, sino a detectar niños con mayores inteligencias que necesitaban de una educación especial. (3)

- En 1920, en Europa, la epidemia de encefalitis dejó como se

cuela, en adultos parkinsonismo y en niños transtornos por déficit de atención, especialmente hiperactividad, secundaria a deficiencia de dopamina. (3)

- En Francia, en 1925, describe al "niño turbulento" (4)

- En Estados Unidos en 1934, Kahan y Cohen, describen un síndrome clínico al que denominan "de impulsos orgánicos". (4)

- La historia del concepto de "Disfunción Cerebral Mínima" se remonta a los años 20, sin embargo, la primera descripción más o menos completa del cuadro clínico, fué hecha por Strauss y cols. entre 1938 y 1947, y describe que "la hiperactividad, la desinhibición, la inatención y la dificultad para el aprendizaje se deben a una "lesión cerebral mínima". (5)

- El tratamiento de la Disfunción cerebral mínima se inicia en 1937, cuando Bradley informa del efecto benéfico de las anfetaminas en pacientes que presentaban hiperquinesia. (5)

- En 1947, Strauss y Lehtinen, describen un síndrome caracterizado por desorganización de esferas cognitivas, perceptivomotoras y afectivas. (4)

- En 1962, Clements y Peters, hacen un listado de las características principales del síndrome, destacándose los transtornos de aprendizaje con inteligencia normal, hiperactividad, déficit perceptivo-motor, impulsividad, inestabilidad emocional y transtornos de atención entre otros. (5)

- Bancalari, en un simposium realizado en 1971 sobre "disritmia cerebral", informa que hasta 1964 habfa 38 diagn6sticos diferentes para calificar las mismas categorfas sintomáticas; y entre los más frecuentes fueron: "comportamiento orgánico cerebral", "niño orgánico", "niño hiperquinético", "daño cerebral mínimo", "disfunción cerebral mínima", entre otros. (5)

- Entre los grandes personajes de la historia que han destacado en las ciencias, las artes, la política, que han padecido algún trastorno de atención y aprendizaje destacan:

- El famoso físico Dr. John Hunter, quien tuvo una dislexia severa.

- August Rodin fue disléxico.

- Friedrich Froebel y George Stephenson tuvieron dificultad con la lectura.

- Se dice que Picasso nunca aprendió el orden del alfabeto.

- Henry Ford nunca aprendió a leer, deletrear o aún escribir oraciones simples.

- Otras personas con dificultades para deletrear y ortografía fueron Harvey Cushing, Paul Ehrlich y Hans Christian Andersen.

- Albert Einstein tuvo dificultades para hablar, fue catalogado como retrasado mental a los 4 años y no habló apropiadamente hasta los 9 años.

- El matemático francés Henri Poincaré tuvo dificultades vi--

suoespaciales que le causaron problemas en geometría; era ambidiestro y desmañado y fue reprobado en dibujo.

- Matemáticas causó problemas a muchos, Carl Jung, Alfred -- Adler y Paul Nash, entre otros.

- Problemas con el lenguaje ocasionaron que Winston Churchill no pudiera asistir a Oxbridge; Darwin decía que durante su vida tuvo una singular incapacidad para aprender cualquier lengua.

- Para finalizar este capítulo solo agregaré que en 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana hace una revisión de esta patología y - los agrupa dentro del concepto de "Transtornos por Déficit de la Atención con o sin hiperactividad" y Transtornos Específicos del Desarrollo". (1)

I V . - A N T E C E D E N T E S
C I E N T I F I C O S .

1.- INCIDENCIA Y PREVALENCIA.

De la población mundial total, se refiere que de 40 a 100 millones de personas sufren de enfermedades mentales graves y no menos de 200 millones padecen de trastornos psicosociales con distintos grados de gravedad. (6)

En Estados Unidos de Norteamérica, el 20% de la población sufre problemas de salud mental, y en países tales como Brasil, Colombia, - Egipto, Filipinas, India, Senegal y Sudán, el 18% de los adultos tienen alteraciones mentales; y en los niños, en las zonas rurales las alteraciones mentales van de un 13% a un 18%, mientras que en los barrios urbanos estas cifras se ubican del 25% al 30%. (6)

En cuanto a la incidencia de los Trastornos de Atención y Aprendizaje, la cifra es incierta; en Estados Unidos hay estudios que reportan que de un 10% a un 30% de los niños en edad escolar tiene problemas de aprendizaje no relacionados con inteligencia, desarrollo físico o características de la familia o escuela (7).

En otros países hay estadísticas que reportan una incidencia y prevalencia que va desde 4% al 10% de niños en edad escolar, con un predominio del sexo masculino de 4:1 hasta 10:1. (2) (4) (5)

En México no hay estadísticas exactas; sin embargo, en un estudio realizado por Rafael Cruz (5), reporta que la "Disfunción Cerebral Mínima" afecta del 5% al 10% de la población escolar, en comparación con el 0.5% de la epilepsia y la Parálisis cerebral infantil.

Romano Micha en 1989 (8), efectúa un análisis neurofisiológico a niños normales de 6 a 13 años de edad, y de los 418 casos rechazados la segunda causa de rechazo con un 26.6% (111 personas), fueron los problemas de aprendizaje; aunque dicha cifra no representa una incidencia de dicha alteración en la población general.

Macías Valadez (4), realizó un estudio en 1981 y 1982, en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, y reporta que de los 238 pacientes vistos en el 81, el 44.94% correspondió a los Transtornos de Atención con o sin Hiperactividad, y en 1982, de 245 pacientes, el 45.29% perteneció a la misma patología.

Respecto a los Transtornos de Atención con Hiperactividad, en 1981 el 92% correspondió al sexo masculino y el 8% al femenino, y en 1982 el 84% al sexo masculino y el 16% al sexo femenino, con un predominio del sexo masculino de 11 : 1 en 1981, y de 5 : 1 en 1982. (4)

En 1986, el 45% de los pacientes que acudieron al H. Psiquiátrico Juan N. Navarro presentaba este problema (9).

2.- ETIOLOGIA.

La etiología de los trastornos de atención y aprendizaje pueden ser divididos en factores prenatales, perinatales y postnatales; dichos factores pueden interactuar entre sí y con circunstancias ambientales y socioeconómicas. (7)

FACTORES PRENATALES:

- Factores genéticos: Son mas frecuentes en gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. (7)

- Pueden deberse a una variable genética en el metabolismo de monoaminas cerebrales (por ejemplo dopamina), ya que se ha comprobado que el defecto experimental de dopamina produce hiperactividad. (4) (7) (10)

- Enfermedades hereditarias: las que se asocian a trastornos de aprendizaje (7) son: Distrofia muscular de Duchenne, albinismo, fenilcetonuria, Sx. de Turner (defectos visuoespaciales), Sx. de Klinefelter, Sx. del "X" frágil (dificultad de lenguaje y delectreo).

- La dislexia específica es invariablemente hereditaria; sus características son: invertir letras o palabras, escritura en espejo, dificultades aritméticas, problemas con la derecha y la izquierda (es 4 veces más frecuente en el hombre que en la mujer). (7)

- Retraso en el crecimiento intrauterino.

- Rubéola y otras infecciones maternas.

- Insuficiencia placentaria.

- Desnutrición materna.

- Hipertensión materna.

- Drogas tomadas durante el embarazo pueden afectar al futuro niño; el alcohol y el tabaco principalmente. Entre 1968 y 1984 se documentaron 922 casos de síndrome del "alcohol fetal"; se dice que el alcohol - en el embarazo es la causa mas frecuente de subnormalidad mental (7). Estudios de Bristol y Finlandia muestran que el fumar en el embarazo pone - al feto en dificultades de lectura y matemáticas (7)

FACTORES PERINATALES:

- Toxemia.

- Hemorragia antepartum (DPPNI, placenta previa)

- Parto prolongado y SFA

- Los niños pretérmino tienen riesgo de subsecuente hiperactividad, problemas de lectura y de letreo y otras alteraciones de aprendizaje no relacionados con la inteligencia. (7)

- Neville Butler en Bristol demostró que los niños postmaduros tienen el riesgo de dificultades con la lectura a los 6 años.

- Hipoxia, hipoglucemia e hiperbilirrubinemia.

FACTORES POSTNATALES:

- Problemas socioeconómicos tales como ausencia de uno de los padres, desnutrición, Traumatismos craneo-encefálicos, problemas que ocasionen inseguridad en la infancia tales como una disciplina excesiva o laxa, fricciones familiares, etc. (7)

- Drogas: Más del 90% de los síntomas pueden ser debidos a efectos secundarios de algunas drogas, la adicción a las mismas o los efectos secundarios de algunas de ellas producen hiperactividad, agresividad, depresión, defectos de concentración, impulsividad, deterioro del trabajo escolar, pérdida de la memoria e irritabilidad. (7)

- Drogas implicadas: anticonvulsivos (principalmente barbitúricos), antihistamínicos, tranquilizantes y antidepresivos, teofilina, in dometacina, adicción a drogas incluyendo solventes inhalados y anfetaminas. (7)

- Se ha sugerido (7), que ocasionan trastornos de aprendizaje la deficiencia de zinc, la de hierro, y los aditivos de alimentos tales como la tartrazina y otros.

- En un estudio de 50 pacientes realizado por el Dr. Cruz (10) se encontró que el 90% de los mismos tenían antecedentes paternos o perinatales, el 56% presentó antecedentes paternos y perinatales, el 36% tenía alimentación deficiente; en promedio 10 meses de malnutrición materna 34%; el 36% presentó peso al nacimiento entre 1,500 y 2,500 gr.

- Desde el inicio del siglo hay reportes que sugieren que los niños con epilepsia presentan comunmente trastornos de atención y aprendizaje, sin embargo, estudios más recientes indican que las crisis generalizadas tienen poca influencia en las funciones de atención y aprendizaje de los niños (11).

3.- FISIOPATOLOGIA.

Respecto a la fisiopatología de los Transtornos por Déficit - de Atención y Aprendizaje, hay varios investigadores que proponen diversas teorías respecto a cómo o qué estructuras puedan ser las directamente involucradas:

Rutter propuso 2 teorías sobre la Disfunción cerebral: 1ª que la noción de continuum en el que la enfermedad es una variable menor de - lesión traumática cerebral, y 2ª, la noción de síndrome en el cual la Disfunción cerebral constituye un trastornos genéticamente determinado, más que una respuesta a una lesión.

Rafael Cruz (10) refiere que embriológicamente la proliferación celular del encéfalo se realiza así: La proliferación neuronal es máxima alrededor de las 25 semanas de gestación, y después del nacimiento, continúa en forma lenta y decreciente hasta cerca de los 3 años. Esta proliferación postnatal neuronal, se presenta en cerebro, cerebelo y tallo - cerebral.

La malnutrición materna y del niño en la vida temprana retardada y reduce la proliferación celular, así como la migración, organización y mielinización del SNC.(10),; Cruz (10) explica también que el parto prematuro o bajo peso al nacimiento provocan en el Sistema Nervioso una disminución en la proliferación celular, o un retraso en la maduración cerebral, con la consiguiente disminución en grados variables de las cantida-

des de serotonina, dopamina, noradrenalina, GABA, y enzimas responsables de la mielinización del Sistema Nervioso Central.

En cuanto a las entidades anatómicas que se encuentran involucradas en los trastornos de atención, Rush y Shenkin y Velasco y cols. - demostraron en forma experimental que la destrucción de la corteza órbito frontal en animales, provoca hiperactividad y distractibilidad a los estímulos externos (10), así como también se sabe que la destrucción de la 1ª y 2ª circunvolución temporo-occipital (donde se encuentra la formación del hipocampo), también provocan la misma sintomatología.

En cuanto a las funciones de aprendizaje y memoria a corto plazo, hay evidencias que señalan a la formación del hipocampo (giro dentado, asta de Amón y complejo subicular), como la responsable para tales funciones, y en segundo lugar a la corteza entorrinal (10).

Cruz (10) concluye en su estudio, que la inmadurez y/c la esclerosis de la corteza orbito-frontal y las estructuras del lóbulo temporal, son los causantes principales de la hiperquinesia, falta de atención desórdenes del sueño, dificultad del aprendizaje, alteraciones de la memoria y "formas Subclínicas de epilepsia".

Normalmente el hipocampo, el núcleo amigdalino y en menor grado la corteza orbitofrontal, se encuentran altas concentraciones de receptores opiáceos y de receptores GABA y receptores B2, que en conjunto originan una disminución del Potencial Postsináptico Inhibitorio (PPSI) en -

estas estructuras cerebrales; cuando existe inmadurez o esclerosis, la disminución del potencial se incrementa hasta llegar a un nivel patológico, determinando de esta forma un mayor grado de disminución del umbral convulsivo . (10)

Swanson en Estados Unidos ha propuesto la hipótesis de que la disminución de la capacidad de sostener la atención en los niños con deficultad de aprendizaje, lo que disminuye es su capacidad de procesar la información (selectividad). (4).

Desde el punto de vista bioquímico, Swanson y cols. demostraron hiperserotoninemia en un 24% de los 55 niños con Transtornos con déficit de atención, en quienes sus volúmenes sanguíneos de serotonina en plaquetas y triptofano plasmático (total, libre y ligado a proteínas), y de kyrunenina, fueron medidos después de 3 días sin medicamentos. Los autores sugieren que la hiperserotoninemia no es debida a un bloqueo de la via de kyrunenina, sino más bien a un aumento en la captura y uso del triptofano tisular. Los autores (4), no saben la significación funcional de esto, pero constatan que las concentraciones plasmáticas de triptofano juega un papel importante en el control de la síntesis de serotonina cerebral, y los mecanismo serotoninérgicos centrales han sido implicados en la vigilia y la reactividad motora, los cuales son de importancia capital en los transtornos por déficit de atención.

4.- CUADRO CLINICO.

En un estudio realizado por el Dr. Cruz (10), en 50 pacientes encontr5 la siguiente sintomatologia:

- El 90% presentaba hiperactividad. La actividad motora era incesante tanto en el hogar como en la escuela.

- El 86% presentaba disminuci3n de la memoria a corto plazo.

- El 84% present3 falta de atenci3n.

- La impulsividad se present3 en un 80%. Muchos de ellos no podían frenar las tensiones de su edad tales como hurtar, mentir y masturbarse. Otros no controlaban las necesidades fisiol3gicas principalmente los menores de 5 años.

- En el 76% se present3 incoordinaci3n a los movimientos finos, tales como pintar, escribir, dibujar, trazar líneas, abrocharse los zapatos.

- Des3rdenes del sueño: en el 68% se presentaron insomnios frecuentes, inquietud durante el sueño, somnolencia, terrores nocturnos, pesadillas, ensueños frecuentes y terroríficos. El sonambulismo es raro.

- En el 44% cefalea, todos eran mayores de 6 años. La cefalea es de localizaci3n frontal y bitemporal de leve a moderada intensidad y duraci3n variable, que desaparece con el sueño, ocasionada por actividad mental, ejercicios físicos, o en lugares poco ventilados o poblados.

- Labilidad emocional: En el 40% estados de depresi3n, llanto fácil, irritabilidad, agresividad física y verbal, timidez ante el contac

to social y anhedonia; los cuales se presentan en forma fluctuante.

- El 32% tenfa dificultad para el dominio de la lectura y -
la escritura.

- En el 56% se presentaron alteraciones de lenguaje, con difi-
cultad para pronunciar las letras.

- Signos neurológicos "blandos" tales como nistagmus horizon-
tal en un 8%, estrabismo convergente en un 4%, y en el 20%, pacientes zur-
dos o ambidiestros.

- En cuanto a los hallazgos electroencefalográficos, reporta
Cruz (12), que el 50% de sus pacientes presentaron alteraciones difusas:
ondas theta y delta en mayor cantidad en niños pequeños.

- En el 22% EEG focales: en la región temporal de uno o ambos
lados.

- En el 10% EEG paroxísticos de ondas lentas, alto voltaje y
corta duración en niños mayores. (12)

- La hiperactividad resulta más difícil de precisar y suele -
disminuir o incluso desaparecer en la adolescencia, en tanto que la falta
de atención persiste. (9)

- Los niños con trastornos de atención obtienen poca gratifi-
cación de su trabajo y acciones, lo que trae como consecuencia que además
de su problema básico presenten mucha inseguridad y baja autoestima, lo -
que agrava la situación (9)

- En algunas ocasiones, el niño no cumple con las expectativas de los padres, es decir, que aunque en un momento dado el niño no presente un problema de aprendizaje, los padres esperan mejores calificaciones, o que sea el primero de su clase, lo que condiciona que el niño tenga una disminución de su autoestima, problemas emocionales, fobias escolares, etc

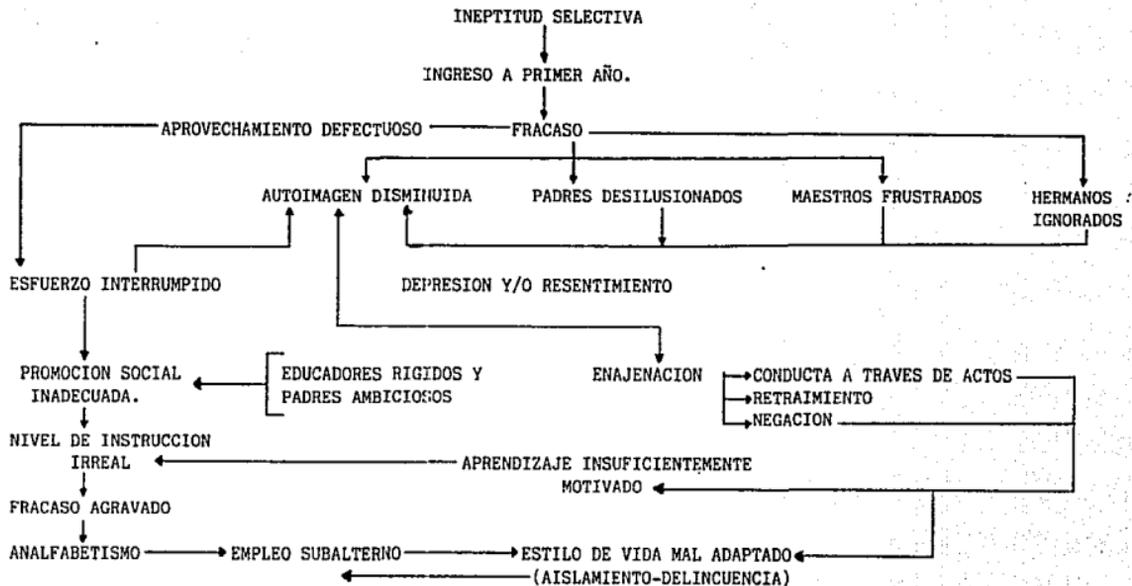
- El medio ambiente que rodea al niño, es también muy importante, es decir, si un niño se encuentra en un medio ambiente adverso, poco estimulado, que no le da incentivos para el estudio, que tiene pocos medios económicos y es más importante trabajar para comer que estudiar, el niño puede presentar trastornos de aprendizaje.

- Por otro lado, existen en el sistema educativo la "promoción social", es decir, el niño que se encuentre cursando un año escolar, domine o no la materia de ese año, pasará al siguiente año escolar, lo que trae como consecuencia el agravamiento del problema, ya que no está capacitado para la enseñanza del siguiente año escolar y venir arrastrando -- con deficiencias y lagunas en los conocimientos del año anterior. (2)

- Al no avanzar el niño al mismo ritmo que el resto de su grupo esto influirá en detrimento de la propia imagen, lo que ocasiona miedo al fracaso, negación a ensayar de nuevo y falta de motivación. Esto ocasiona que el niño fracase por dos razones: Primarias: debidas a trastornos del desarrollo y Secundarias: de origen emocional.

- Las consecuencias finales de los trastornos de aprendizaje serán el empleo insatisfactorio, dificultades económicas, estilo de vida

mal adaptado que restringe la personalidad, limita los contactos individuales con otras personas, que incita al individuo contra de otros individuos y contra el grupo social. (vease Esquema #1).



Esquema #1.- CIRCULO VICIOSO DE FRACASO ESCOLAR.*

* TOMADO DE KINSBOURNE Y CAPLAN (2)

5.- DIAGNOSTICO.

Con respecto al diagnóstico de los problemas de atención y aprendizaje, debemos tomar en cuenta que las alteraciones son más bien - funcionales que morfológicas, por lo que para hacer un diagnóstico debemos basarnos en primer lugar en los signos y síntomas, y en segundo término - en los hallazgos electroencefalográficos y otros estudios como potenciales evocados. (12)

Un factor importante en el diagnóstico es contar con parámetros normativos, ya que son tan rápidos los cambios que se experimentan - en el niño, que existe dificultad cuando se pretende estudiar un niño con problemas de atención y aprendizaje, ya que como se ha visto, las alteraciones neurofisiológicas son mínimas. (8) (12)

Un diagnóstico oportuno son los exámenes médicos escolares, - los cuales no han sido encaminados primariamente a detectar anomalías en niños, sino para identificar aquellos niños con alteraciones que pudieran tener efectos adversos en su educación y proporcionar un rápido tratamiento y/o proveerles de facilidades para una educación especial. (13)

La historia clínica puede proporcionar datos muy importantes, ya que los antecedentes de descuido y pobre coordinación son importantes, también lo son las habilidades de autocuidado, vestirse y comer. Es necesario interrogar sobre el desarrollo en general, sueño y alimentación, y además incluir una historia sobre el control de esfínteres. (13)

En este rubro del diagnóstico, es importante recalcar que el avance en la neurofisiología ha sido lento, es hasta hace dos décadas - cuando la investigación aumenta en este campo, debido al grado de dificultad que presenta: 1°.- por la gran cantidad de variables y factores individuales, muchas veces imposibles de controlar, 2°.- por las limitaciones técnicas, metodológicas, económicas, sociales, etc., y 3°.- por las limitaciones éticas en el empleo de métodos de exploración del funcionamiento del sistema nervioso central del ser humano.

Actualmente, mediante el estudio de los componentes tardíos - de potenciales evocados sensoriales, tenemos la posibilidad de estudiar - el fenómeno eléctrico del cerebro humano relacionado con funciones tan extremadamente complejas como son las sensoriales, las perceptuales y las - cognitivas, tarea imposible hace 20 años. (8)

6.- TRATAMIENTO.

Al hablar del tratamiento en los trastornos de atención y aprendizaje, es importante decir que el tratamiento farmacológico es difícil de evaluar a largo plazo debido a que no se puede determinar si el mejoramiento es el resultado del medicamento, o a una maduración de partes importantes del cerebro con la edad, ya que, algunos de los problemas de hiperactividad disminuyen o desaparecen en la adolescencia. (7)

Por otro lado, hay discrepancias sobre qué medicamentos utilizar. Aquí se expondrán los tratamientos más usados y la justificación en el uso de los mismos.

Bradley en 1937, fué el primero en proponer el uso de anfetaminas para este trastorno (4). La hiperactividad responde a neurotransmisores estimulantes, anfetaminas o methylfenidato (ritalin), los cuales aumentan los niveles de monoaminas (7). Estudios bien controlados concluyen que la hiperactividad mejora en un 50% a un 80% con el uso de estos medicamentos en forma adecuada. (12)

El metilfenidato se propone su uso a 0.3 mg/kg/día durante 5 días y dos días de descanso durante tiempo indefinido.

Al inicio del tratamiento no se produce buena tolerancia y tiene como efectos secundarios: anorexia, insomnio, fenómenos de rebote, los cuales desaparecen al reducir la dosis. (12)

Shaffer y Greenhill en 1979, ponen en duda la respuesta al -

tratamiento como un criterio válido para el diagnóstico, ya que los niños normales, al utilizar anfetaminas presentan disminución de la actividad motora y mejoría de las pruebas cognitivas según estudios de Rappaport y cols. en 1978. (4)

Rafael Cruz (12), propone que se debe practicar un EEG antes y durante el tratamiento, principalmente en aquellos niños que tienen sín tomas subclínicos de epilepsia; y propone el uso de benzodiazepinas como tratamiento inicial: clonacepam (rivotril) a 1-4 mg/día; diacepam (valium) de 5-7.5 mg/día; y flunitracepam (rohypnol) de 1-3 mg/día; ó piracetam - (nootropyl) a 1,200 mg diarios en tres tomas; a dosis crecientes por la - noche, a los 22:00 hrs. aproximadamente, y en caso de no haber mejoría, - cambiar o agregar carbamacepina a 200 - 500 mg. en tres tomas; y posterior^{mente} dar tratamiento educativo especial a cada paciente y orientación a los padres.

Cruz refiere que con este tratamiento mejoran las anomalías - del sueño, mejora el aprendizaje y la memoria, la hipercinesia y la falta de atención. (12)

No se conoce con certeza por qué el piracetam mejora el apren^{dizaje}, Richardson sostiene que el piracetam aumenta la relación ATP/ADP así como el consumo de glucosa por las células cerebrales. Fontane y cols opinan que se debe a acción sobre el sistema septo hipocámpico, afectando la actividad rítmica lenta.

La carbamacepina y las difenilhidantofinas actúan en la neocor

teza, donde aumentan el umbral convulsivo y sus acciones son prácticamente independientes tanto del hipocampo como de la amígdala. (12)

Probablemente, el mejor manejo sea concientizar a los maestros y que entiendan la naturaleza del problema, así como ayudar a los niños y a los padres, que conozcan cuantas personas en el mundo han presentado este problema, el cual supieron superar. (7)

Verduzco y García (14), en el H. Psiquiátrico Juan N. Navarro realizan un curso para padres con niños con problemas de atención y aprendizaje, reforzando la autoestima del niño y apoyándose en cuatro aspectos:

ACEPTACION: De los padres a sus hijos con cualidades y defectos. Hacen incapié en que los niños necesitan saber que además de sus desventajas físicas tienen algo que puede agradar a los demás y que a veces no lo saben o no le dan importancia hasta que se los hacen ver.

RESPECTO: Es muy fácil que el niño con trastornos de atención y aprendizaje incurra en faltas de respeto ya que él es constantemente objeto de lo mismo. Si los padres les gritan, se burlan o los callan, los niños reaccionan peleándose con otros niños, discutiendo o volviéndose tímidos. Y a lo largo de la vida, les parecerá natural que otras personas los traten de la misma manera que sus padres.

LIMITES: Son importantes para el niño, porque les sirven de guía para saber lo que se espera de él. Si no se le marcan límites no tendrá forma de saber si está o no actuando bien. Los límites deben ser cla-

ros, se deben especificar las sanciones, y las reglas las deben seguir - tanto el que los pone como el que debe obedecerlos y deben ser inalteradas. Es necesario que se vayan modificando através del tiempo.

La manera como se les pide que cumplan las reglas determinará la reacción del niño hacia los padres. Si se hace con afecto y firmeza, - el niño reaccionará con agrado, si se hace en forma dura y carente de afecto tardará en obedecer.

APOYO: Cada niño debe saber qué es lo que quiere, debe aprender a tomar decisiones, fijarse metas y cumplirlas, y esto se logra poco a poco, y los padres deben incentivarlo a que este proceso se vaya realizando.

V. - PLANTEAMIENTO

DEL

PROBLEMA.

¿ EXISTE UNA RELACION DE ASOCIACION ESTADISTICA ENTRE EL GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO POR PARTE DE LA FAMILIA PARA ESTE TRANSTORNO?

V. I . - OBJETIVOS DEL
DEL
ESTUDIO

INMEDIATOS:

Mostrar que el grado de conocimiento de la familia acerca de los trastornos por déficit de la atención y aprendizaje tiene relación - con un manejo adecuado de los mismos por parte de la familia.

Determinar que el desconocimiento de los trastornos por déficit de atención y aprendizaje conlleva a conductas inadecuadas por parte de la familia hacia el niño que presenta esta alteración.

MEDIATOS:

Mostrar que el conocimiento de los trastornos por déficit de atención y aprendizaje trae como consecuencia una mejor cooperación para el manejo de dicha patología.

V I I . - H I P O T E S I S .

HIPOTESIS GENERAL:

El conocimiento de los trastornos por déficit de la atención y aprendizaje influye en un mejor manejo de los mismos por parte de la familia.

HIPOTESIS DE NULIDAD, Ho:

El conocimiento de los trastornos por déficit de la atención y aprendizaje no influye en un mejor manejo de los mismos por parte de la familia.

HIPOTESIS ALTERNA, Hi:

El conocimiento de los trastornos por déficit de la atención y aprendizaje influye en un mejor manejo de los mismos por parte de la familia.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo.

V I I I . - P R O G R A M A D E
T R A B A J O

Se acudió al Departamento de Salud Mental de la UMF #22 del I.M.S.S. para reunir a las familias que aceptaran participar en el estudio. El estudio se realizó de junio a diciembre de 1990.

Una vez captadas se aplicaron 3 cuestionarios, los cuales reunían la información siguiente: ficha de identificación del paciente, tipo logía y estado socioeconómico de las familias, así como un cuestionario sobre los conocimientos de los trastornos de aprendizaje y acerca del manejo que estaban dando a los mismos (ver anexos II, III primera y segunda parte), al terminar de contestar los cuestionarios se les entregaba un resumen acerca de los trastornos de atención y aprendizaje (ver anexo I).

Se realizaron tres sesiones, una por semana con duración programada de 90 minutos cada una para dar a conocer los trastornos de atención y aprendizaje, así como su manejo y aclaración de dudas que los padres pudieran tener. Los métodos utilizados fueron la exposición, lecturas comentadas y discusiones, con el objeto de lograr un aprendizaje significativo.

En la primera sesión se trató la definición, etiología, clasificación y cuadro clínico, así como la aclaración de las dudas que se fueran presentando.

En la segunda sesión se trataron temas tales como sentimientos de los padres, maestros y los niños, así como las conductas de los --

mismos y las consecuencias de dichas actitudes. Se trató además el tratamiento de los pacientes, la duración de éste y aclaración de dudas surgidas a lo largo de la sesión.

Posteriormente se citó a los padres con un intervalo de un mes para la aclaración de las dudas que hayan surgido durante este tiempo y - la aplicación del examen final, el cual consistió en dos partes, la primera de conocimientos y la segunda, acerca del manejo de los trastornos de atención y aprendizaje (ver anexo III primera parte y anexo IV)

La muestra fue seleccionada de acuerdo a los siguientes criterios:

UNIVERSO DE TRABAJO:

Familias mexicanas, derechohabientes del IMSS enviados al departamento de Salud Mental de la UMF #22, por trastornos de aprendizaje.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Familias que cuenten con un miembro que presente trastornos de atención y aprendizaje, cuya edad se encuentre entre los 6 y los 15 años; y que acepten participar en forma voluntaria en esta investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Familias que no acepten participar en esta investigación.

Pacientes que presenten retraso mental, alteraciones auditivas o visuales.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Familias que no deseen continuar con la investigación.

Familias en las que fallezca el paciente objeto del estudio.

Familias que dejen de pertenecer al I.M.S.S.

ANALISIS ESTADISTICO QUE SE DIO A LA INFORMACION:

ANALISIS ESTADISTICO PARA LAS HIPOTESIS DE TRABAJO:

H_0 A = B

H_1 A > B

TIPO DE ESTUDIO:

Unilateral (una cola) con zona de rechazo a la derecha.

DECIDIR ALFA:

Alfa = 0.05

PRUEBA DE HIPOTESIS:

La prueba apropiada es el Ensayo de Hipótesis con Coeficiente de Correlación "r" y Estimación del Parámetro ρ :

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

CRITERIO DE RECHAZO DE H_0 :

t_{exp} mayor que 1.725

r_{exp} mayor que 0.3598

I X . - R E S U L T A D O S .

El presente estudio tuvo una duración de 7 meses obteniéndose los siguientes resultados:

Se realizaron 38 encuestas iniciales, sin embargo, solo se lo gró hacer la encuesta final a 22 de los 38 padres de familia.

Estos cuestionarios fueron contestados 20 de ellos (90.90%) - por las madres y solo 2 por los padres (9.09%).

Los hijos de las personas que contestaron los cuestionarios - fueron 18 (81.81%) del sexo masculino y 4 (18.18%) del femenino. (ver grá fica #1).

La escuela de procedencia de los niños eran: Federal en 17 ni ños (77.27%), Estatal en 4 niños (18.18%), y particular en un niño con un 4.5%. (ver gráfica "2).

La distribución por año escolar al que asistían al momento de la encuesta fue: preprimaria 2 niños (9.09%), 1° de primaria 6 niños con un 27.27%; 2° de primaria 4 niños (18.18%), 3° de primaria 3 niños con un 13.63%; 4° de primaria 3 niños (13.63%), 5° de primaria 2 niños (9.09%), 1° de secundaria 2 niños (9.09%). ver gráfica #3.

El número de años reprobados por niño fué el siguiente: ningu no 12 (54.54%), un año 6 (27.27%), 2 años 4 (18.18%). (ver gráfica #4).

El 31.81% (8 niños), habían recibido apoyo psicopedagógico, -

mientras que el 63.63% (14 niños) no lo habían recibido.

La edad en años cumplidos en ambos sexos fueron:

EDAD	NUMERO	%
5 años	1	4.54
6 años	3	13.63
7 años	4	18.18
8 años	3	13.63
9 años	5	22.72
10 años	2	9.09
11 años	2	9.09
13 años	2	9.09
TOTAL	22	99.97

con un promedio de edad de 10.5 años.

Con respecto a la edad de las niñas, se dirá que fueron solo 4 en el estudio (18.18%), y sus edades fueron de:

EDAD	NUMERO	%
6 años	1	25
7 años	2	50
11 años	1	25
TOTAL	4	100

con un promedio de 7.75 años.

En cuanto al total de niños, estos fueron 18 (81.81%) con la siguiente distribución:

EDAD	NUMERO	%
5 años	1	5.55
6 años	2	11.11
7 años	2	11.11
8 años	3	16.66
9 años	5	27.77
10 años	2	11.11
11 años	1	5.55
13 años	2	11.11
TOTAL	18	99.97

Referente a la tipología familiar, el 86.36% (19 familias), - son urbanas y el 13.63% (3 familias) son suburbanas.

16 familias (72.72%) eran nucleares, 5 familias (22.72%) extensas y una familia (4.54%) compuesta.

La ocupación principal fue la de empleada-obrera en 18 familias, con un 81.81%; técnica en 2 familias con un 9.09%; y profesionista en 2 con un 9.09%.

De la percepción salarial se encontró que el 36.36% (8 familias) tenían el sueldo mínimo; el 59.09% (13 familias) percibían de 2 a 3 salarios mínimos; y solo una familia (4.54%) recibía 4 ó más mínimos.

El 36.36% (8 familias) tienen casa propia, el 50% (11 familias) casa rentada, y el 13.63% (3 familias) casa prestada.

18 familias (81.81%) cuentan con los servicios básicos completos y el resto, 4 familias (18.18%) incompletos.

El ingreso cubre necesidades completamente en 6 familias con un 27.27% ; con deficiencia en 14 familias con un 63.63% y muy deficientemente en 2 familias haciendo el 9.09% restante.

Solo 7 familias (31.81%) incluye en la distribución de su salario las recreaciones, y 15 familias (68.18%) no los cubre.

Con respecto a los exámenes inicial y final que se aplicaron a las familias encuestadas, éstos nos arrojaron los datos mostrados en el siguiente cuadro:

CALIFICACION INICIAL Y FINAL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES.

NUM. DE ENC.	I N I C I A L			F I N A L .		
	C	ACT.	PROM.	C	ACT.	PROM.
1	78	80	79	78	90	84
2	71	90	80.5	78	100	89.5
3	57	40	48.5	85	70	77.5
4	42	60	51	71	80	75.5
5	78	60	85	85	70	77.5
6	64	50	57	85	80	82.5
7	78	50	64	78	80	79
8	92	60	76	92	60	76
9	71	50	60.5	100	90	95
10	50	50	50	64	70	67
11	71	50	60.5	92	60	76
12	57	80	68.5	85	80	82.5
13	57	70	63.5	71	90	80.5
14	78	80	79	85	90	87.5
15	50	60	55	78	50	64
16	64	50	57	85	90	87.5
17	28	20	24	71	40	55
18	64	90	77	64	80	72
19	42	60	51	92	80	86
20	78	60	69	92	80	86
21	64	70	67	85	90	87.5
22	57	60	58.5	78	80	79
% TOTAL	63.22	60.90	62.06	81.54	77.27	79.40

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

Distribuyéndose los resultados de calificaciones en Bueno de 100 a 80, Regular de 79 a 60, y Malo de 59 a menos. Como se puede observar el exámen inicial tuvo calificación Buena en un 9.09%, Regular en un 54.54% y Mala en un 36.36%; contra el exámen final con calificación Buena en 50% Regular en un 45.45% y Mala en un 4.54%, como se muestra en el siguiente cuadro:

CALIFICACION	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
INICIAL	2	12	8	22
FINAL	11	10	1	22
TOTAL	13	22	9	44

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

La primera persona que se dió cuenta del problema es: la madre en 16 ocasiones con un 53.33%, posteriormente el profesor en 11 casos, con un 36.66%, y por último el padre en 3 ocasiones con un 10%.

Las edades que tenían los niños, al descubrirse el problema,

fueron:

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
2 años	1	4.54		
3 años	2	9.09		
4 años	1	4.54	1	4.54
5 años	2	9.09		
6 años	3	13.63	3	13.63
7 años	2	9.09		
8 años	3	13.63		
9 años	2	9.09		
11 años	1	4.54		
12 años	1	4.54		
SUBTOTAL	18	81.78	4	18.17

con un promedio de edad de 6.4 años.

Los sentimientos que manejaron los padres al darse cuenta del problema de sus hijos fueron:

SENTIMIENTOS	NUMERO	%
TRISTEZA	11	50
FRUSTRACION	3	13.63
CORAJE	1	4.54
TRISTEZA + CORAJE	1	4.54
TRISTEZA + DESILUSION	2	9.09
CORAJE + TRISTEZA + FRUSTRACION	1	4.54
NO CONTESTO	3	13.63
TOTAL	22	99.97

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

La actitud de los padres hacia los hijos con problemas de atención y aprendizaje, antes y después de las pláticas que se realizaron son las siguientes:

<u>A C T I T U D</u>	<u>ANTES</u>		<u>DESPUES</u>	
	NUM.	%	NUM.	%
CONSEJOS	5	22.72	5	22.72
AYUDA CON TAREAS	8	36.36	6	27.27
AYUDA A ESTUDIAR MAS	0		1	4.54
CONSEJOS + AYUDA A ESTUDIAR	2	9.09	0	
CONSEJOS + AYUDA CON TAREA	1	4.54	3	13.63
CONSEJOS + REGAÑOS	1	4.54	0	
CASTIGOS + GOLPES	1	4.54	0	
CASTIGOS + AYUDA A ESTUDIAR	0		1	4.54
AYUDA CON TAREA + AYUDA ESTUDIAR	0		1	4.54
CONSEJOS + AYUDA CON TAREAS + AYUDA A ESTUDIAR MAS	1	4.54	4	18.18
NO CONTESTO	3	13.63	1	4.54
T O T A L	22	99.96	22	99.96

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

Los castigos que los padres empleaban con los niños antes y después de las sesiones que se realizaron, fueron:

<u>C A S T I G O S</u>	<u>ANTES</u>		<u>DESPUES</u>	
	NUM.	%	NUM.	%
NINGUNO	2	9.09	5	22.72
REGAÑOS	3	13.63	0	
NO SALIR A JUGAR	1	4.54	2	9.09
NO VER TELEVISION	1	4.54	2	9.09
NO SALIR DE LA RECAMARA	0		1	4.54
PROHIBIRLE LO QUE LE GUSTA	1	4.54	0	
NO SALIR + NO VER T.V.	1	4.54	2	9.09
NO SALIR + NO VER T.V. + BARRER	1	4.54	0	
NO VER T.V. + NO SALIR + NO LE DAN DINERO	1	4.54	0	
<u>GOLPES</u>	1	4.54	1	4.54
GOLPES + REGAÑOS	2	9.09	0	
GOLPES + PATADAS + JALARLE EL CABELLO	1	4.54	1	4.54
GOLPES + REGAÑOS + NO DARLE LO QUE DESSEA	1	4.54	0	
NO CONTESTO	6	27.27	8	36.36
T O T A L	22	99.94	22	99.9

FUENTE: ENCUESTAS RECADADAS EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

De las familias que utilizaron los golpes fueron: Inicial 5 con un 22.72%; y final 2 con un 9.09%.

La persona a la que acudieron a consultarle el problema de su hijo fué: El Médico Familiar 16 personas (64%), con el Profesor 4 personas (16%), con un familiar 2 personas, con un 8%; con un amigo 1 (4%), y con nadie, dos personas (8%).

La actitud que tomaron los padres cuando el hijo trafa bajas calificaciones, antes y después de las pláticas, fué:

ACTITUD	ANTES		DESPUES	
	NUM.	%	NUM.	%
DARLE CONSEJOS	11	50.	13	59.09
CASTIGOS	3	13.63	3	13.63
NO DECIA NADA	3	13.63	0	
REPASAR LO NO APRENDIDO	1	4.54	1	4.54
REGAÑOS	0		1	4.54
CASTIGOS + CONSEJOS	0		2	9.09
CONSEJOS + REGAÑOS	1	4.54	0	
CONSEJOS + LLORAR	1	4.54	0	
GOZPES + CASTIGOS + CONSEJOS	1	4.54	1	4.54
NO CONTESTO	1	4.54	1	4.54
T O T A L	22	99.96	22	99.97

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S

Los sentimientos manejados por los padres cuando sus hijos --
traían bajas calificaciones, antes y después de las sesiones, fueron:

<u>S E N T I M I E N T O S</u>	<u>ANTES</u>		<u>DESPUES</u>	
	NUM.	%	NUM.	%
TRISTEZA	7	31.81	7	31.81
CORAJE	2	9.09	3	9.09
ANGUSTIA	6	27.27	7	27.27
IMPOTENCIA	1	4.54	0	
CORAJE + ANGUSTIA	1	4.54	0	
CORAJE + CULPABILIDAD	1	4.54	0	
TRISTEZA + ANGUSTIA	0		2	9.09
TRISTEZA + ANGUSTIA + DEPRESION	1	4.54	1	4.54
TRISTEZA + ANGUSTIA + CORAJE	1	4.54	2	9.09
NO COMIESTO	2	9.09	0	
T O T A L	22	99.96	22	99.97

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

En cuanto a la responsabilidad que manejaron los padres, ellos responsabilizaron a:

CULPABLE	INICIAL		FINAL	
	NUM.	%	NUM.	%
PADRE	2	9.09	2	9.09
MADRE	1	4.54	1	4.54
NADIE	9	40.90	13	59.09
LA FAMILIA	2	9.09	2	9.09
EL PROFESOR	1	4.54	0	
VARIOS FACTORES	1	4.54	0	
PADRE Y MADRE	5	22.72	1	4.54
PADRE, MADRE, PROFESOR	0		1	4.54
PADRE, MADRE, HIJO	1	4.54	1	4.54
PADRE, MADRE, HIJO, PROFESOR, FAMILIA	0		1	4.54
T O T A L	22	99.96	22	99.97

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

Con respecto a la actitud de los hermanos, antes y después -
de las pláticas, encontr@lo siguiente:

ACTITUD DE LOS HERMANOS	<u>ANTES</u>		<u>DESPUES</u>	
	NUM.	%	NUM.	%
SE BURLAN DE EL	2	9.09	2	9.09
SE ENOJAN FACILMENTE CON EL	1	4.54	2	9.09
INDIFERENCIA	2	9.09	3	13.63
LE AYUDAN CON SUS TAREAS	6	27.27	6	27.27
NO LES IMPORTA EL PROBLEMA	1	4.54	0	
NO TIENE HERMANOS	3	13.63	3	13.63
SE BURLAN + SE ENOJAN	1	4.54	1	4.54
INDIFERENCIA + SE BURLAN	0		2	9.09
SE ENOJAN + LE AYUDAN CON TAREAS	2	9.09	1	4.54
SE BURLAN + LA AYUDAN CON TAREAS	0		1	4.54
INDIFERENCIA + SE BURLAN + SE ENOJAN	2	9.09	0	
NO CONTESTO	2	9.09	1	4.54
T O T A L	22	99.97	22	99.96

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

Con respecto a la actitud que asumió el esposo(a) ante el problema de su hijo afectado, fué:

ACTITUD DEL ESPOSO	ANTES		DESPUES	
	NUM.	%	NUM.	%
INDIFERENCIA	4	18.18	2	9.09
PREOCUPACION	7	31.81	5	22.72
LE AYUDA CON TAREAS	1	4.54	2	9.09
LO GOLPEA	0		1	4.54
ENOJO	0		1	4.54
NO TIENE ESPOSO	2	9.09	2	9.09
PREOCUPACION + LO CASTIGA	1	4.54	1	4.54
INDIFERENCIA + LO AYUDA CON TAREAS	1	4.54	1	4.54
PREOCUPACION + LO AYUDA CON TAREAS	1	4.54	2	9.09
PREOCUPACION + ENOJO	1	4.54	0	
ENOJO + PREOCUPACION + AYUDA CON TAREAS	1	4.54	1	4.54
CASTIGA + GOLPEA + AYUDA CON TAREAS	1	4.54	0	
CASTIGA + PREOCUPACION + AYUDA CON TAREAS	0		1	4.54
NO CONTESTO	2	9.09	3	13.63
T O T A L	22	99.95	22	99.95

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

En cuanto a la pregunta referente a, si el hijo trae mejores calificaciones, cuál es la actitud, las respuestas fueron:

ACTITUD AL TRAER MEJOR CALIFICACION	INICIAL		FINAL	
	NUM.	%	NUM.	%
LO FELICITO	12	54.54	10	45.45
NO LE DICEN NADA	1	4.54	2	9.09
LO PREMIA	1	4.54	0	
LO FELICITA + LO PREMIA	5	22.72	10	45.45
LO FELICITA + LO ABRAZA + LO ALIENTA	1	4.54	0	
NO CONTESTO	2	9.09	0	
T O T A L	22	99.97	22	99.99

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

En cuanto a la preocupación que el problema de sus hijos les causaba antes y después de las sesiones, ellos respondieron:

	INICIAL		FINAL	
	NUM.	%	NUM.	%
MUCHO	20	90.90	19	86.36
REGULAR	1	4.54	2	9.09
NO CONTESTO	1	4.54	1	4.54
T O T A L	22	99.98	22	99.99

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

En la pregunta de qué hace para que el niño mejore de su problema, ellos contestaron lo siguiente:

	<u>INICIAL</u>		<u>FINAL</u>	
	NUM.	%	NUM.	%
LO AYUDA CON TAREAS	15	68.18	14	63.63
LE DA PREMIOS	1	4.54	0	
CASTIGOS	1	4.54	0	
NO HACE NADA	2	9.09	0	
AYUDA CON TAREAS + CONSEJOS	0		1	4.54
AYUDA CON TAREAS + PREMIOS	2	9.09	7	31.81
AYUDA CON TAREAS + CASTIGOS	1	4.54	0	
T O T A L	22	99.98	22	99.98

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

X . - A N A L I S I S D E
R E S U L T A D O S .

Respecto al número inicial de encuestas, y el número de las + encuestas finales, que fueron las que se incluyeron en el estudio, es necesario aclarar que estas personas no pudieron ser localizadas; las explicaciones son: 1º.- A algunas personas se les dificultaba presentarse cuando se les citaba, 2º.-Algunas personas pusieron mal sus datos tales como, dirección o teléfono, por lo que no pudo comunicarse con ellos; y, 3º.- En algunas ocasiones no podía ausentarme del servicio en el cual me encontraba asistiendo a mi práctica diaria en el H.G.Z. #8.

De las personas que contestaron el cuestionario, tenemos que el 90.90% fueron contestados por la madre, y el 9.09% por el padre; la explicación es que el padre se encontraba trabajando y no podía asistir; - aunque en muchas ocasiones, a la segunda sesión se presentaban ambos padres, sin embargo, esto es una apreciación que no fue cuantificada.

En cuanto a la distribución por sexo, encontramos que el porcentaje mayor (81.81%) correspondió al sexo masculino, lo que nos da un predominio del sexo masculino en una relación de 5.5 : 1; relación que -- concuerda con la de investigadores nacionales y extranjeros (2), (4), (5) (7), (9).

Respecto a la escuela de procedencia, vemos que el mayor por-

centaje de niños se encuentra en escuelas federales y estatales; la explicación que se puede dar es que los derechohabientes del I.M.S.S. pertenecen, como se analiza más adelante, a un nivel socio-económico medio y bajo.

En cuanto a la distribución por año escolar, encontramos que el 72.71% de los niños se encontraban cursando los primeros cuatro años de escuela primaria; hecho que también es acorde a las investigaciones de Kinsbourne y Caplan (2).

El 45.45% de los niños habían reprobado uno o dos años y el resto no habían reprobado; ésto nos indica que los problemas de atención y aprendizaje presentados en los niños, son importantes ya que tienen repercusiones serias (reprobar), en casi la mitad de los niños, y en la otra mitad, a decir de las madres, se encontraban pasando grandes dificultades escolares.

Refiriéndonos a la edad en ambos sexos, diremos que el rango de edad fue de 5 a 13 años, con un promedio de 10.5 años. En el sexo masculino, el rango fue de 5 a 13 años, con un promedio de 8.75 años; y en el sexo femenino, un rango de edad de 6 a 11 años, con un promedio de 7.75 años. No encontramos referencias bibliográficas que confirmen si estos datos se encuentran en otras estadísticas.

En cuanto a la tipología familiar, el 86.36% son urbanas y el 13.63% son suburbanas, hecho que puede explicarse en que el estudio fue

aplicado solo en el Distrito Federal, en la Clínica #22 del I.M.S.S., y -- por tanto no tiene ninguna otra razón que pudiera ser analizada.

El 72.72% eran familias nucleares, el 22.72% extensas, y el -- 4.54% compuestas. El 45.45% tienen menos de 5 integrantes y el 54.54% tienen de 5 a 10 integrantes. Situaciones que van acordes con las caracteristicas nacionales de la población urbana y suburbanas.

Me permitiré analizar juntos los rubros: ocupación, sostén económico, percepción salarial y cobertura de necesidades, ya que todos ellos nos dan una idea del nivel económico de las familias estudiadas. Estos -- datos analizados en forma global reflejan que las familias pertenecen en su mayoría al nivel económico medio bajo y bajo; que tienen bajos ingresos económicos y presentan en su mayoría, problemas serios para cubrir las necesidades básicas, lo que nos hace suponer (ya que no se especificó en el cuestionario), que las familias cuentan con una escolaridad baja y por lo tanto, que muchos de ellos están subempleadas.

Respecto a la propiedad de la casa habitación, encontramos que la mayoría cuenta con casa rentada o prestada, lo que está también acorde con el párrafo anterior de nivel socio-económico.

La primera persona que se dió cuenta fué la madre, posteriormente el profesor, y por último el padre; lo cual se explica debido a que la madre se encuentra más tiempo con el hijo, es quien está más al pendiente de las tareas de éste y en mayor comunicación con los maestros; por --

otro lado, el profesor convive bastante tiempo con sus alumnos, y se dá cuenta cuando alguno de ellos tarda más en comprender lo que se le explica y en qué áreas se encuentran estas fallas; en cuanto a que el padre se dió cuenta solo en un 10%, puede explicarse debido a que por tener que -- trabajar no ayuda a su hijo con sus tareas, ni está en contacto con su -- maestro; y a que en nuestra sociedad es común que el padre responsabilice a la madre del cuidado y atención de los hijos, desligándose él de la obli gación.

Respecto a la edad de los niños al darse cuenta del problema, tuvo un rango de edad de 2 a 12 años, con un promedio de edad de 6.4 años. El rango de edad pudiera sorprender, sin embargo debemos recordar que los trastornos de las habilidades académicas incluyen también trastornos de desarrollo de las habilidades motoras y del lenguaje (1), (2), los cuales pueden ser detectados a temprana edad.

En cuanto a los sentimientos manejados por los padres, tenemos que el sentimiento que más se experimentó fué tristeza, en segundo lugar frustración, y el tercero fué coraje: esto debemos explicarlo debido a -- que la mayoría de los padres tienen una serie de expectativas con respec to al futuro de los hijos, y al ver que éste presenta problemas a corta -- edad, hecha por tierra dichas expectativas.

La actitud de los padres antes y después de las pláticas, ve mos que fué más participativa, no solo se concretaron a darles consejos,

sino que además aumentó el número de familias que ayudó a sus hijos con las tareas y los puso a estudiar más, y al final, ya hubo un 0% en el rubro de golpes, lo cual es importante de recalcar.

En el tipo de castigos, vemos que la lista es amplia y debe marcarse que los padres no aplicaron castigos al inicio, los cuales aumentaron posterior a las pláticas; esto podría explicarse de las siguientes maneras: 1º.- Los padres se vuelven más participativos en la educación de los hijos, por lo que utilizan algún medio de corrección, o 2º.- Como se encuentra la familia en tratamiento psicológico o psiquiátrico, pudiera estar aumentado el stress familiar.

Merece especial atención el hecho de que en la encuesta inicial las familias mencionan el golpear a sus hijos, en ocasiones con otro tipo de castigos en un 22.72%, cifra que se reduce en el cuestionario final a un 9.09%; y aunque la disminución es mínima, debemos mencionar que el hecho de golpear al hijo puede traer graves consecuencias, debido a que contribuye grandemente a disminuir la autoestima (2),(4),(9), ya muy deteriorada de los pacientes con trastornos por déficit de la atención y aprendizaje.

Por otro lado, tenemos que reparar en el hecho de que si se investiga a fondo el tipo de castigos de los padres hacia estos niños podríamos encontrarnos con el hecho de que muchos de estos niños pudieran tener el Síndrome del Niño Maltratado, lo cual puede ser motivo de otra -

investigación.

Con respecto a con quién consultaron el problema de su hijo - los resultados son: con el Médico Familiar en un 64%, con el profesor en un 16% y en porcentajes reducidos con los otros rubros. Tenemos que el porcentaje del Médico Familiar es el más alto, lo cual nos llevaría a la pregunta de si fué porque suponían que el Médico Familiar los podría orientar con respecto a su problema, o si se debió a que sabían que el I.M.S.S. cuenta con el Departamento de Salud Mental, el cual podría ayudarlos a resolver dicho problema; y el Médico Familiar es quien les tenía que otorgar el pase a dicho Departamento. Esto daría un buen material para otras investigaciones.

Lo que sí es importante, es el hecho comprobado por estas cifras, de que el Médico Familiar debería estar familiarizado con los transornos por déficit de atención y aprendizaje y su forma de manejo; además que justifica aún más el hecho de que una residente de Medicina Familiar realice investigaciones acerca de un tema que pudiera parecer competencia de otras áreas.

En cuanto a la actitud adoptada y los sentimientos manejados cuando el hijo trafa bajas calificaciones, así como a quien culpar del problema, no hubo variaciones significativas, lo cual puede ser explicado si tomamos en cuenta que en el lapso de uno y otro exámen, la familia se encontraba bajo estudio social, psicológico y psiquiátrico, lo que ocasio

na un impacto emocional, pues remueve sentimientos, vivencias pasadas, y actitudes tanto positivas como negativas, de cada uno de los miembros de la familia.

Analizando la actitud de los hermanos antes y después de las sesiones, vemos que las burlas solas o con otra actitud, nos dan un porcentaje inicial de 31.81%, y al final un 27.27%; una disminución pequeña al final. Esto debe de tomarse en cuenta, pues como se ha mencionado, el hecho de burlarse del niño contribuye a disminuir su autoestima, lo cual puede hechar más leña al fuego y aumentar los problemas del niño (2), (9).

Por otro lado, se ha mencionado que los hermanos de los niños con trastornos de atención y aprendizaje pueden sentirse desplazados, por el niño problema (2) (ver cuadro #1); ya que es a estos niños a quien se le presta atención, las madres están más en contacto con sus maestros del niño problema, les dedican mas tiempo cuando hacen la tarea, los llevan a Salud Mental, etc., lo que puede ocasionar las actitudes que se presentan en esta investigación.

Con respecto a la actitud del esposo(a), ante su hijo: Este rubro nos aporta una gran cantidad de actitudes, las más frecuentes son, la preocupación, la indiferencia; los golpes se presentan en un 4.54%, tanto en la evaluación inicial como en la final. Lo que podemos apreciar es que en los diferentes rubros donde se menciona la ayuda con las tareas hay un pequeño aumento. Esto es significativo, ya que si tomamos en cuenta que en la encuesta inicial la preocupación y la indiferencia suman un

49.99%, lo que nos indica que no hacen nada por resolver el problema, y - estos dos rubros disminuyen a un 31.81%, lo que pudiera significar que se están volviendo un poco más participativos del problema de su hijo.

En cuanto a la pregunta de qué hacen cuando el hijo trae buenas calificaciones, tenemos que lo felicitan se presenta en un 54.54% -- inicial y en el 45.05% final; y lo felicitan + lo premian en un 22.72% -- inicial y en un 45.45% final. Esto es importante ya que en las sesiones - se mencionó lo importante que son los estímulos positivos con respecto a los logros observados, y en este cuadro se aprecia que se han incrementado los premios a los niños al doble, lo cual traerá a la larga un aumento en la autoestima del niño.

En la preocupación con respecto al problema, no hubo variaciones significativas en este rubro, solo cabe mencionar que una de las madres al contestar el cuestionario final que el problema le preocupaba regular, escribe que antes de las pláticas le importaba mucho. Esto pudiera interpretarse como que con las sesiones disminuyó su stress por este problema.

En la pregunta de qué hace para que el niño mejore su problema vemos que disminuyen los castigos y el no hacer nada, así como aumentan la ayuda con las tareas + los premios, lo cual corrobora lo mencionado anteriormente.

En cuanto a la tabla de calificaciones iniciales y finales obtenidas en este estudio, tenemos que con respecto a la calificación ini--

cial: Encontramos un rango que vá de 24 a 80.5, con una calificación promedio de 62.06, con una desviación media de -0.28 y una desviación estándar de 12.39. Una calificación final con un rango de 55 a 95, con un promedio de 79.40, una desviación media de 0.009 y una desviación estándar de 8.93.

Además se distribuyeron los datos de acuerdo a lo estipulado en Bueno con calif. de 100 - 80, Regular de 70 - 60 y Malo de 59 ó menos, como se muestra en el siguiente cuadro:

CALIFICACION	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
INICIAL	2	12	8	22
FINAL	11	10	1	22
TOTAL	13	22	9	44

Dada la distribución de datos, se procedió a aplicar el ensayo de hipótesis con coeficiente de correlación lineal r y estimación del parámetro ρ con un α de 0.05 y $t_c = 1.725$ con 20 grados de libertad y $r_e = 0.3598$ utilizando el siguiente procedimiento:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

y los siguientes estadísticos:

ESTADISTICO	INICIAL	FINAL
n	22	22
\bar{X}	62.06	79.40
r	0.57	

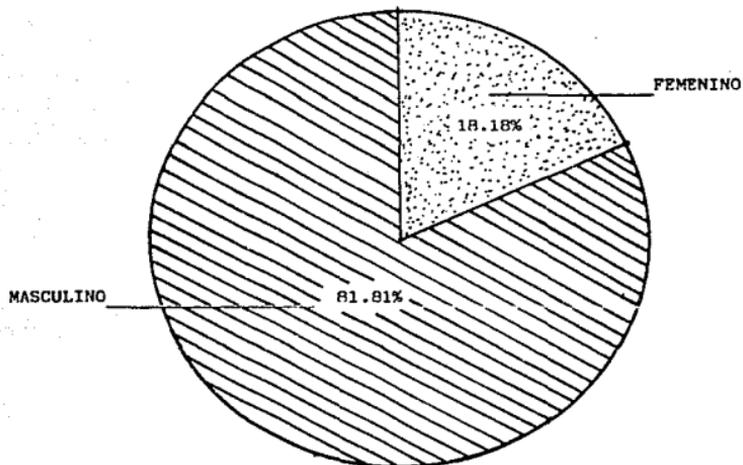
con el resultado que a continuación se anota:

$$t_{\text{exp}} = \frac{0.57 \sqrt{22 - 2}}{\sqrt{1 - (0.57)^2}} = 3.10$$

Por lo tanto t_{exp} mayor que 1.725 y r_{exp} mayor que 0.3598 con $\alpha < 0.05$ por lo que rechazamos H_0 y concluimos que sí existe relación entre el grado de conocimientos acerca de los trastornos de atención y aprendizaje y un mejor manejo por parte de la familia.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

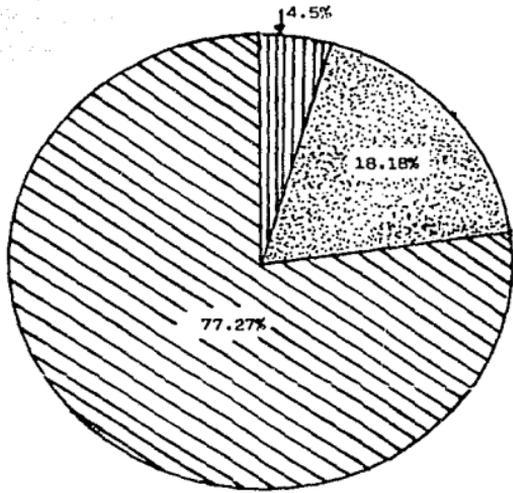
GRAFICA #1.- "DISTRIBUCION POR SEXO.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA #2.- ESCUELA DE PROCEDENCIA.

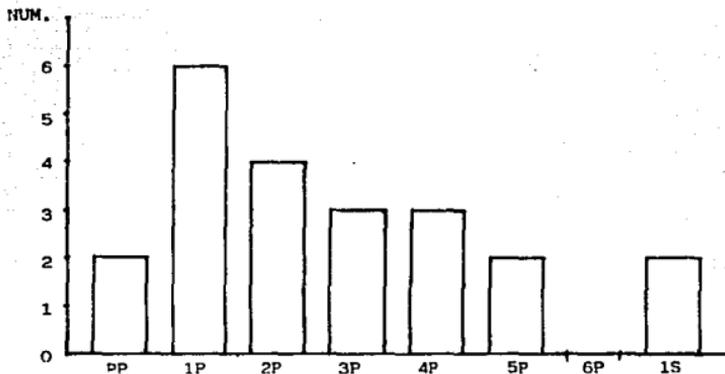


-  FEDERAL
-  ESTATAL
-  PARTICULAR

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA #3.- DISTRIBUCION POR AÑO ESCOLAR AL QUE ASISTEN.



ABREVIATURAS:

PP PREPRIMARIA

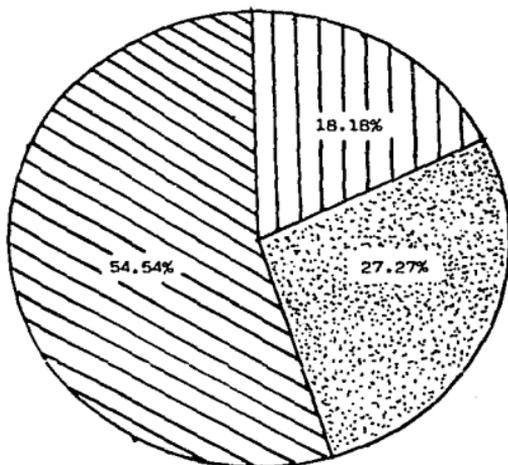
P PRIMARIA

S SECUNDARIA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA #4.- NUMERO DE AÑOS REPROBADOS.



0 AÑOS REPROBADOS



1 AÑO REPROBADO

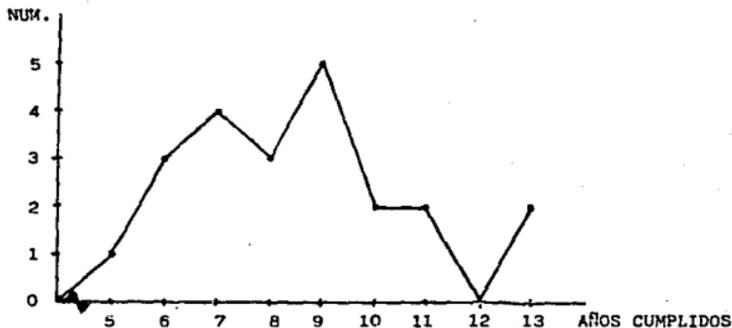


2 AÑOS REPROBADOS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL IMSS

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

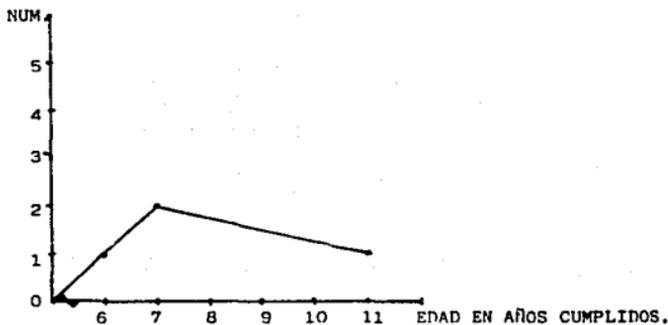
GRAFICA #5.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, AMBOS SEXOS.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE EN EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

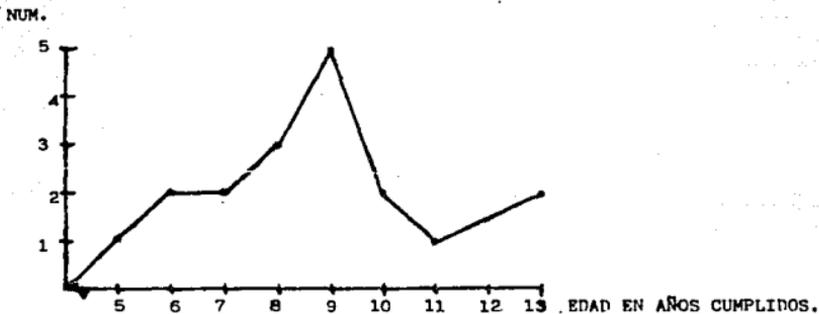
GRAFICA #6.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, SEXO FEMENINO.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT
DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE EN EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE
DE LA FAMILIA.

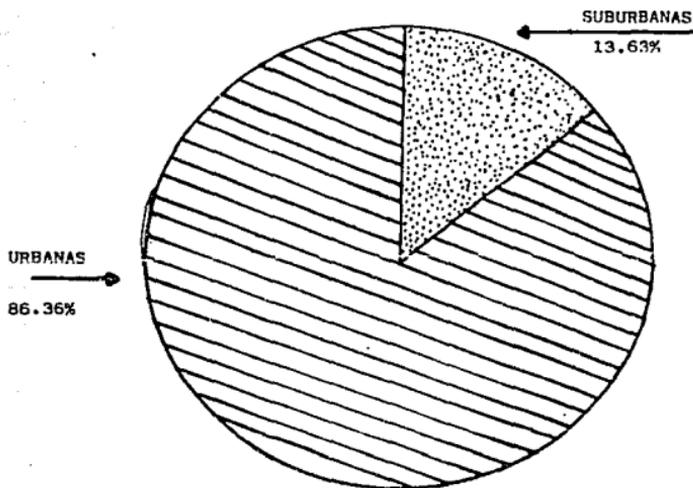
GRAFICA #7.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, SEXO MASCULINO.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

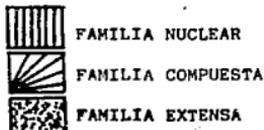
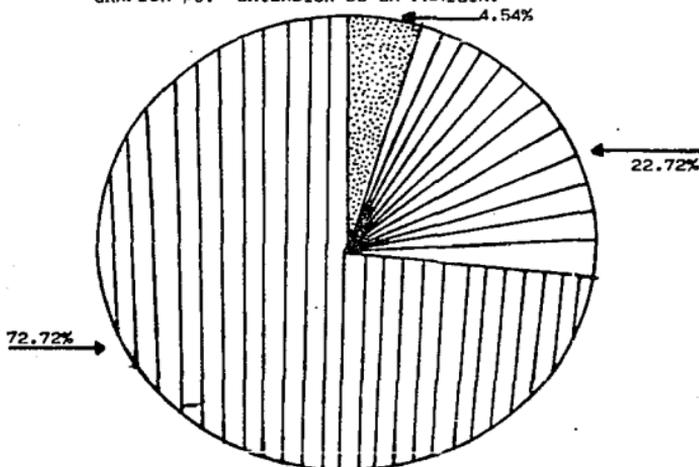
GRAFICA #8.- TIPOLOGIA FAMILIAR.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

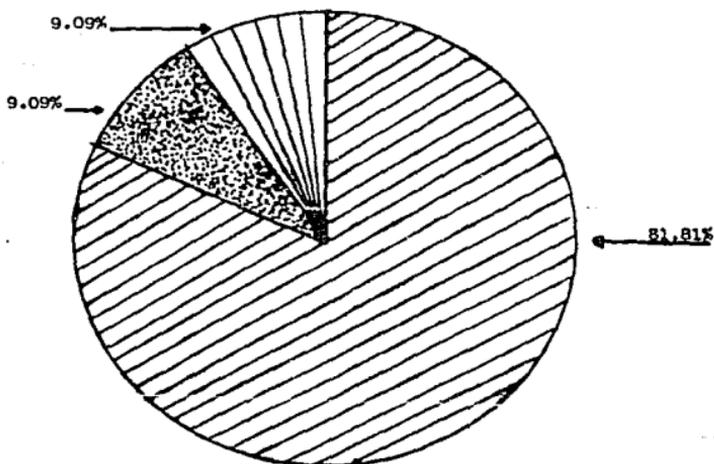
GRAFICA #9.- EXTENSION DE LA FAMILIA.



FEUNTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA NUM. 10.- RAMA OCUPACIONAL.



EMPLEADA U OBRERA



TECNICA

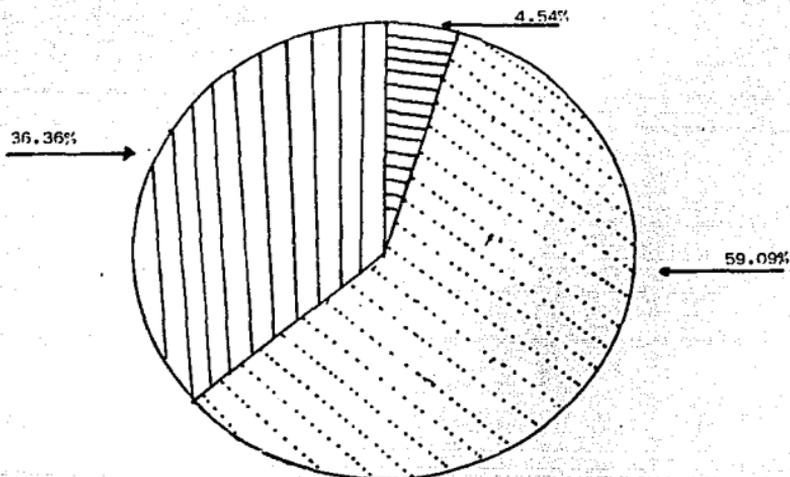


PROFESIONISTA.

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA #11.- PERCEPCION SALARIAL.



SUELDO MINIMO.



2 a 3 MINIMOS.

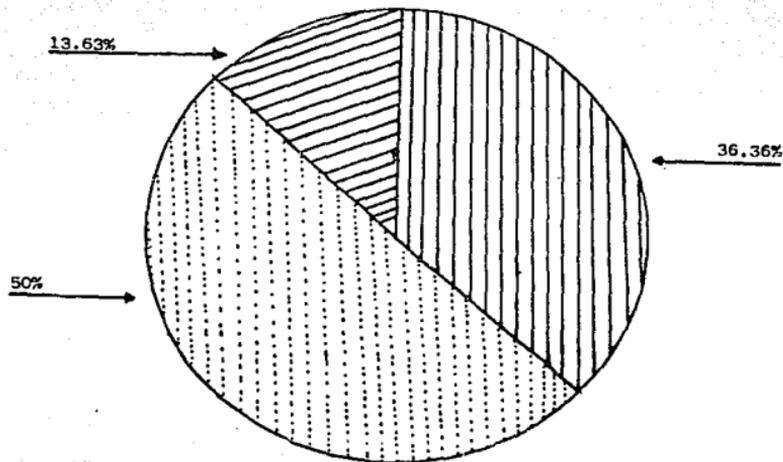


4 6 MAS MINIMOS.

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LOS PADRES.

GRAFICA #12.- PROPIEDAD DE LA CASA HABITACION.



CASA PROPIA.



CASA RENTADA.



CASA PRESTADA.

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

Hand Hand

Hand

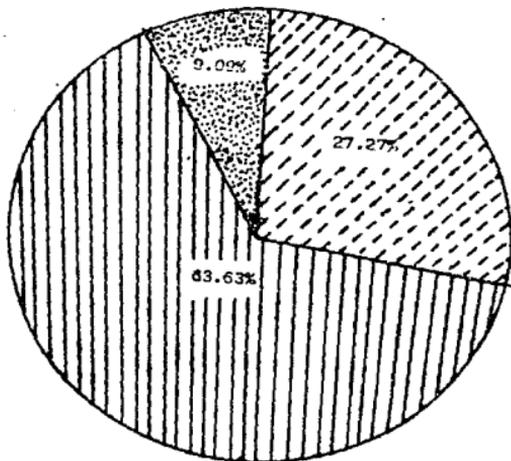
No

76

3

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA #14.- COBERTURA DE NECESIDADES BASICAS.



COMPLETAMENTE.



CON DEFICIENCIA.

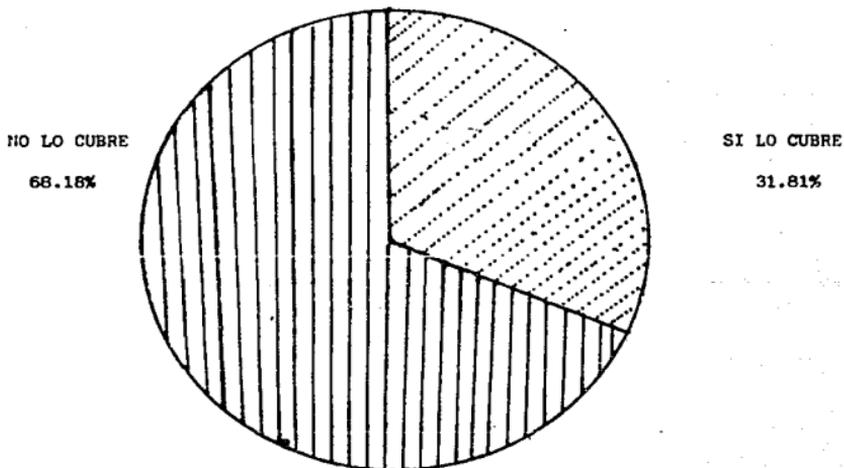


MUY DEFICIENTEMENTE.

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.M.S.S.

GRADO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS TRANSTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y APRENDIZAJE Y EL MANEJO ADECUADO DE LOS MISHOS POR PARTE DE LA FAMILIA.

GRAFICA #15.- COBERTURA DE LAS RECREACIONES POR EL SALARIO FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UMF #22 DEL I.N.S.S.

ESTA TESIS DE BEBE
SALIO DE LA BIBLIOTECA

X I . - CONCLUSIONES.

1.- En este estudio se comprobó que sí existe una correlación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento de los Transtornos por Déficit de la Atención y Aprendizaje y un mejor manejo por parte de la familia que tienen niños con dicho trastorno.

2.- Se evidencia que la influencia que tiene el conocimiento de los Transtornos por Déficit de la Atención y Aprendizaje influye positivamente en un mejor manejo por parte de los padres hacia los hijos que tienen este problema.

3.- Se observa una mayor participación por parte de los padres en las actividades académicas de los hijos, posterior a las sesiones de orientación proporcionadas.

4.- Se muestra una ligera tendencia a la disminución de los castigos corporales infringidos a estos niños, posterior al aumento de los conocimientos sobre dichos trastornos.

5.- Es evidente el aumento de estimulación positiva (premios) por parte de los padres, hacia los niños con esta patología, posterior a las sesiones proporcionadas, lo que traerá un aumento en la autoestima de estos niños.

6.- En este estudio se corrobora que es importante que los padres de niños con Transtornos por Déficit de la Atención y Aprendizaje

conozcan esta patología para que disminuyan sus dudas y preocupaciones, - así como lograr una participación más activa y positiva en el tratamiento y rehabilitación de sus hijos.

7.- Es imprescindible que el Médico Familiar incremente sus - conocimientos sobre los Transtornos con Déficit de la Atención y Aprendizaje, ya que como así se comprobó en el estudio, es a la primera persona a la que acuden los padres para consultar dicho problema.

X I I . - C O M E N T A R I O S .

Cuando pense en realizar esta investigación, nunca creí que presentaría tantas dificultades como a las que tuve que enfrentarme.

Me fué difícil conseguir bibliografía reciente sobre este problema, en muchas ocasiones no podía coordinar mi práctica diaria hospitalaria con el tiempo que debía dedicar a las familias motivo de esta investigación. Era frustrante encontrarme en ocasiones con que los datos de identificación proporcionados por algunas familias eran falsos, no era esa la dirección o el teléfono y no podía comunicarme con ellos para citarlos o recordarles su cita para la segunda evaluación.

Sin embargo, el hecho de que en las sesiones de información que estaban programadas para una hora y media, duraran más de tres horas, que los padres participaban en ellas en una forma activa y había motivación de su parte, y que el resumen que les proporcioné sobre los trastornos de atención y aprendizaje fuera distribuido por ellos a otros miembros de la familia y a los profesores de sus hijos, así como el apoyo incondicional que tuve en el Departamento de Salud Mental de la UMF #22 del IMSS y por mis coordinadores en el HGZ #8 del IMSS, y los resultados tan alentadores que se obtuvieron en la investigación, hacen que

!!! HAYA VALIDO LA PENA REALIZARLO !!!

X I I I . - B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Asoc. Psiquiátrica Americana. DSM-III-R. México: Editorial Masson, 1985. 47 - 60.
- 2.- Kinsbourne. Problema de Atención y Aprendizaje en los Niños. México: La prensa Médica Mexicana S.A., 1983.
- 3.- Scott-Moncrieff C. Back to school Part 2. The Practitioner, 1989; vol. 233: 1229.
- 4.- Macías V.G. Verduzco MA: Análisis de las características de un grupo de niños con trastornos por déficit de la atención. Salud Pública Méx., 1986; 28(3): 292-299.
- 5.- Cruz HR, Valadez MT: Detección temprana de disfunción cerebral mínima. Salud Pública Méx., 1986; 28 (2): 134-140.
- 6.- Lima B.R.: La atención primaria en Salud Mental. Salud Pública Méx, 1986; 28(4): 354-360.
- 7.- Illingworth R.: Learning disorders. The Practitioner, 1989; 233: 1231-1234.
- 8.- Romano Micha J.: Selección de una muestra de escolares mexicanos normales de clase socioeconómica baja, para efectuar un análisis neurofisiológico. Salud Mental, 1989; 12(1): 34-39
- 9.- Verduzco M.A. y cols.: Programa de apoyo en el área de autoestima para padres de niños con trastornos de atención. Salud Mental, 1989; 12(2): 25-27.
- 10.- Cruz H. Valadez MT: Disfunción cerebral mínima II. Etiología y fisiopatología. Salud Pública Méx., 1986; 28(5): 495-503.
- 11.- Kinney R, et al: Epilepsy in children with attention deficit disorder Cognitive, behavioral, and neuroanatomic indices. Pediatric Neurology, 1990; 6(1): 31-37.

- 12.- Cruz H.R., Valadez M.T.: Disfunción cerebral mínima III. Tratamiento (reporte preliminar). Salud Pública Méx., 1987; 29(1): 55-60.
- 13.- Holme C.: School medical examinations. The Practitioner, 1989; 233: 1243-1245.
- 14.- Verduzco M.A.: Un estudio sobre la autoestima en niños de edad escolar: datos normativos. Salud Mental, 1989; 12(3): 50-54.
- 15.- Pérez L.C. y cols.: Estrategias para la regulación del comportamiento infantil reportadas por madres de un estrato socioeconómico medio-bajo de una comunidad urbana. Salud Mental, 1990; 13(2): 30-36.
- 16.- Sahai H.: Relations of sociodemographic variables and cognitive ability: a comparative analysis of the cognitive scores of high school seniors. Perceptual and Motor Skills, 1989; 69: 1139-1157.
- 17.- León C.J.: A chronobiological test for cognitive styles: chrono-trail making. Perceptual and Motor Skills, 1989; 69: 1115-1122.
- 18.- Chayo-Dichy R y cols.: Los potenciales relacionados con los eventos CNV y PINV en sujetos normales y disléxicos. Salud Mental, 1990; 13(1): 19-25.
- 19.- Gutiérrez R y cols.: Contextos de desarrollo comunitario y la adquisición de las nociones de cantidades físicas en niños nahuas. Salud Mental, 1989; 12(1): 40-49.
- 20.- Cravioto J. y cols.: Desnutrición, ambiente y aprendizaje. La Revista del Menor y la Familia, 1982; 2: 51-58.
- 21.- Figueroa C.J. y cols.: El desarrollo preoperatorio en niños mexicanos de comunidades rurales y urbanas. Salud Mental, 1989; 12(1): 40-49.
- 22.- Randhawa B.S. y cols.: Social-Psychological environments and cognitive achievement. Perceptual and Motor Skills, 1989; 69:1075-1082.

23.- Portilla. Estadística. México: Editorial Mc Graw Hill. 1989.

24.- Méndez Ramirez I. El protocolo de investigación. Lineamientos para -
su elaboración y análisis. Editorial Trillas, S.A. México. 1988 3ª
reimpresión.

A N E X O I .

¿ QUE SON LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE ?

El objeto de este resumen es el de dar a conocer algunos de -- los puntos importantes sobre los problemas de atención y aprendizaje a -- los padres de niños que tienen estos problemas, así como el de aclarar -- las dudas que puedan tener a este respecto, y, para esto, vamos a contestar algunas preguntas:

1.- ¿QUE SON LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS?

Contestaremos esta pregunta diciendo que los problemas de aprendizaje se presentan cuando hay una falla en la relación que hay entre un niño con el sistema escolar al que acude y que además le ocasiona problemas con la familia, es decir, que algunas veces el niño no es capaz de -- aprender lo que en la escuela le enseñan, y esto es debido a muchas causas.

2.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS?

Las causas de estos problemas son muchas y las podemos dividir en tres partes: del niño, de la escuela, y de la familia.

2.1.- CAUSAS DEBIDAS AL NIÑO: Estas pueden ser debidas a complicaciones del embarazo, como infecciones o sangrados de la mamá embarazada, que la mamá no se haya alimentado bien durante el embarazo, que el parto se adelante, que el niño tarde en nacer, que haya sufrimiento del -- niño durante el parto, que el niño tarde en respirar al nacimiento, infecciones cerebrales o golpes fuertes de la cabeza, que el cerebro del niño no esté lo suficientemente maduro al entrar a la escuela para aprender algunas cosas, que el niño esté mal alimentado, y muchas otras cosas.

2.2.- CAUSAS DEBIDAS A LA ESCUELA: Que el maestro no esté bien capacitado, o que no sepa enseñar bien, que sea un maestro regañón y asuste a los niños, los cambios frecuentes de escuelas, que el plan de estudios no sea el adecuado para la capacidad de los niños, que ahora se pasa a los niños de año aunque no hayan aprendido bien todo lo que necesitaban quedándoles "huecos de conocimientos" por lo que les va a ser más difícil aprender lo del siguiente año, y muchas causas más.

2.3.- CAUSAS DE LA FAMILIA: Que la familia se lleve mal, por ejemplo, que haya pleitos entre los padres o que estén separados, o que el padre sea alcohólico y golpee a la familia, que no le pongan atención a las tareas de los hijos, que el niño haga la tarea en un cuarto donde el radio o la televisión estén prendidos, o haya visitas o mucho ruido, o que no tenga un horario fijo para estudiar y hacer la tarea, etc.

Debemos aclarar que la mayoría de los casos, se presentan varias de las causas a la vez en un mismo niño, por lo que es muy difícil descubrir la causa exacta.

3.- ¿CUANTOS TIPOS DE PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE HAY?

Se pueden dividir en dos grupos, y éstos pueden presentarse uno solo o los dos juntos, y son:

3.1.- PROBLEMAS CON LA FORMA DE APRENDER (ESTILO COGNOCITIVO):

Para poder aprender, el niño tiene que fijar la atención en un estímulo, es decir, en el libro, el pizarrón, o la voz del maestro que está explicando algo, etc., y el niño puede:

A.- FIJAR LA ATENCION POR CORTO TIEMPO (ATENCION SUBENFOCADA):

El niño se va a fijar en algo muy poco tiempo y después se va a interesar en otra cosa; estos niños son por lo tanto muy inquietos, porque su atención va a ir de una cosa a otra muy rápido, y debido a su inquietud no --

van a poder aprender bien.

B.- FIJAR LA ATENCION POR LARGO TIEMPO (ATENCION SUPERENFOCADA):

Hay niños que les preocupa mucho un estímulo, por ejemplo, una sola materia y descuidarán las otras, teniendo bajas calificaciones, o son niños que les interesa alguna cosa que no enseñan en la escuela; por ésto son niños que tardarán en aprender más.

3.2.- PROBLEMAS EN LA CAPACIDAD DE APRENDER (PODER COGNOCITIVO)

Esta es la capacidad específica que tiene cada niño para aprender algo, - como por ejemplo:

A.- LA MEMORIA, hay niños que pueden recordar algo muy bien y otros no.

B.- LA CAPACIDAD PARA CALCULAR OPERACIONES MATEMÁTICAS.

C.- LA CAPACIDAD PARA LEER bien, mal o regular.

D.- LA CAPACIDAD PARA ESCRIBIR bien, mal o regular.

E.- LA CAPACIDAD PARA REALIZAR DESTREZAS MANUALES, por ejemplo, hacer pirámides con trozos de madera, de abrocharse los zapatos o vestirse, etc.

F.- LA INTELIGENCIA, que cada niño tiene.

4.- ¿ES RETRASADO MENTAL EL NIÑO QUE TIENE UN TRANSTORNO DE -- ATENCION Y APRENDIZAJE?

Definitivamente NO, el niño con retraso mental es un niño que tiene todas sus funciones mentales, el decir, la memoria, la capacidad - de lectura y de escritura, el cálculo matemático, las destrezas manuales, el lenguaje, etc.

Un niño con problemas de atención y aprendizaje tiene un retraso selectivo, es decir, de alguna de las funciones mentales y las otras - están bien, por ejemplo:

Puede tener problemas para aprender el cálculo matemático, pero habla, -- lee, escribe muy bien y tiene buena memoria.

5.- ¿QUE TRANSTORNOS OCASIONAN LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE A SU FAMILIA?

Los trastornos son muchos, la mayoría de las veces los padres quisieran que su hijo "fuera alguien" (licenciado, maestro, etc.), y al tener el niño problemas en su escuela se sienten defraudados, enojados con el niño, a veces culpan al esposo(a), o a su familia por el problema del niño; otras veces actúan como si no pasara nada; algunas veces dan castigos fuertes a los niños o no les hacen caso, y en algunas ocasiones los llevan a centros especializados donde les dan orientación.

6.- ¿QUE TRANSTORNOS OCASIONAN A LOS MAESTROS?

Al igual que los padres, los maestros también se sienten frustrados, es decir defraudados al ver que un niño no aprende lo que él le enseña, por lo que muchas veces los regaña o castiga, o los deja y no les hace caso, algunas veces el maestro le indica a los papás que el niño requiere de educación especial, otras veces, el maestro le dedica más tiempo al niño y trata de ayudarlo.

7.- ¿QUE TRANSTORNOS OCASIONA A UN NIÑO EL TENER PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE?

Los problemas son muchos, ya que el niño se siente mal en su casa porque sus padres lo castigan o golpean, al ver que su maestro lo castiga o golpea o lo pone en ridículo frente a sus compañeros de clase; porque muchos de sus compañeros se burlan de él diciéndole que es un burro y cosas peores; se encuentra muy presionado porque él trata de aprender y no puede; porque sus compañeros aprenden y él no; por lo que puede presentar cambios de conducta, se vuelve triste, retraído y tímido, o algunas veces inquieto y juguetón, o travieso y rebelde; pierde el interés por ponerse a estudiar ya que sabe que no va a aprender y termina por no impor-

tarle la escuela; con esto recibe más castigos y regaños en su casa y su escuela, volviéndose un círculo vicioso.

8.- ¿COMO SE LLEGA AL DIAGNOSTICO DE LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS?

Una vez que se detecta que el niño tiene problemas en la escuela, ya sea por los padres o los maestros, el niño es enviado a un centro especializado (en este caso, al Departamento de Salud Mental de la Clínica #22 del I.M.S.S.), donde se harán varias entrevistas con los padres y el niño y se pedirán datos acerca del comportamiento del niño(a) a su maestro(a), y se realizarán varias pruebas al niño para conocer su inteligencia, sus habilidades y, en qué área tiene problemas de aprendizaje o atención.

9.- ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE?

El tratamiento o el manejo que se dará, será individual, dependiendo del problema específico que presente, sin embargo, aquí explicaremos algunos de los pasos generales que los papás deben tener en cuenta:

9.1.- Evitar hasta donde sea posible los castigos y de ninguna manera golpear al niño por malas notas o calificaciones.

9.2.- Que se escoja un horario fijo y diario en casa para el estudio y las tareas.

9.3.- Que el padre o la madre ayuden al hijo en sus tareas -- (NO que se las hagan), y le expliquen al niño lo que no entienda.

9.4.- Que el lugar donde el niño estudie tenga buena iluminación, y ventilación, que no haya ruidos ni otras cosas que puedan distraerlo.

9.5.- Que al sentarse a estudiar tenga todo lo necesario, lápiz

ces, cuadernos, goma, reglas, etc. para que no se distraiga levantándose a cada rato por el material que necesita.

9.6.- Que se le premie al niño cuando haga las cosas bien, o aprenda algo nuevo o mejore una calificación. Los premios no necesariamente tienen que ser juguetes o dinero, se le puede premiar dejándolo ver un rato más la televisión, haciéndole su postre favorito o dejándolo despierto un poco más de tiempo.

9.7.- No se le debe regañar o castigar cuando no aprenda o traiga bajas calificaciones, y que no se dé cuenta de que nos sentimos defraudados. Se le deben dar palabras de aliento tales como "no te preocupes", "ya lo aprenderás pronto", o "la próxima vez obtendrás mejores calificaciones".

9.8.- No faltar a ninguna de sus citas a la clínica para que su tratamiento sea continuo.

9.9.- En caso de que sea necesario apoyo psicopedagógico, alentarle a que vaya con gusto y acudir puntualmente a todas sus clases.

9.10.- En algunos casos puede ser necesario dar algún medicamento al niño, por lo que se deberá administrar a la hora y durante todo el tiempo indicado por el médico psiquiatra.

Esto no son recetas de cocina, por lo que muchas veces el tratamiento puede ser más largo en algunos niños que en otros; los papás deberán estar concientes de esto y ser muy pacientes y cooperadores.

Esperamos que este resumen sirva para aclarar las dudas que los padres tengan acerca de los problemas de atención y aprendizaje de sus hijos y los oriente sobre la mejor forma de ayudar a su hijo a resolverlos.

A N E X O I I I .

NOMBRE DEL NIÑO(A) _____ FECHA DE NAC. _____
AÑOS CUMPLIDOS _____ NUM. DE AFILIACION _____
DIRECCION _____ TEL. _____
ESCUELA DE PROCEDENCIA: PARTICULAR (), ESTATAL (), FEDERAL ().
AÑO ESCOLAR QUE CURSA _____ NUMERO DE AÑOS REPROBADOS _____
HA RECIBIDO APOYO PSICOPEDAGOGICO ANTERIORMENTE: SI (), NO ()
PERSONA QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO _____ FECHA: _____
TIPO DE CUESTIONARIO: _____

PRIMERA PARTE:

I.- CONTESTE CON SUS PROPIAS PALABRAS LA PREGUNTA QUE LLEVE RENGLONES O CONTESTE CON UNA CRUZ EL PARENTESIS DONDE USTED CREA ESTA LA RESPUESTA CO RRECTA.

1.- ¿QUE SON LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS?

2.- ¿LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS ES?

() DEL NIÑO () DE LA FAMILIA () DE LA ESCUELA
() TODAS LAS ANTERIORES () SE DESCONOCE

3.- EL NIÑO PUEDE TENER PROBLEMAS DE ATENCION POR ESTAR MAL ALIMENTADO:

() CIERTO () FALSO

4.- ES CORRECTO QUE EL NIÑO PASE DE AÑO AUNQUE NO HAYA APRENDIDO TODO:

() CIERTO () FALSO

5.- AL NIÑO LE PERJUDICA QUE ESTUDIE DONDE HAY MUCHO RUIDO:

() CIERTO () FALSO

6.- EL NIÑO CON PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE ES UN RETRASADO MENTAL

() CIERTO () FALSO

7.- LOS NIÑOS PUEDEN TENER PROBLEMAS CON LA FORMA DE APRENDER O CON LA CA PACIDAD DE APRENDER:

() CIERTO () FALSO

8.- ALGUNAS DE LAS CAPACIDADES PARA APRENDER SON LA DE HABLAR, ESCRIBIR, LEER, LA MEMORIA, LAS DESTREZAS MANUALES:

() CIERTO () FALSO

- 9.- LOS NIÑOS QUE FIJAN SU ATENCION POR LARGO TIEMPO EN UN ESTIMULO NO TIENEN PROBLEMAS DE ATENCION NI DE APRENDIZAJE:
() CIERTO () FALSO
- 10.- LOS NIÑOS QUE FIJAN SU ATENCION POR CORTO TIEMPO EN UN ESTIMULO SON MUY INQUIETOS:
() CIERTO () FALSO
- 11.- LOS PROBLEMAS CON LA FORMA DE APRENDER PUEDEN SER POR FIJAR LA ATENCION POR CORTO TIEMPO Y FIJAR LA ATENCION POR LARGO TIEMPO:
() CIERTO () FALSO
- 12.- UN NIÑO CON PROBLEMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE NUNCA VA A MEJORARSE
() CIERTO () FALSO
- 13.- TODOS LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD Y QUE VAN EN EL MISMO AÑO TIENEN LA CAPACIDAD PARA APRENDER LO MISMO, EN EL MISMO TIEMPO:
() CIERTO () FALSO
- 14.- EL NIÑO CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE TIENE UN RETRASO EN ALGUNA DE LAS FUNCIONES MENTALES Y LAS OTRAS FUNCIONES SE ENCUENTRAN BIEN:
() CIERTO () FALSO

A N E X O I I I .

SEGUNDA PARTE.

II.- CONTESTE EN EL RENGLON O SUBRAYE LA RESPUESTA CORRECTA.

1.- ¿QUIEN SE DIO CUENTA DEL PROBLEMA DE SU HIJO(A)?

- PADRE
- MADRE
- PROFESOR
- OTRA PERSONA ¿QUIEN? _____

2.- ¿QUE EDAD TENIA SU HIJO(A) CUANDO SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA _____

3.- ¿QUE SENTIO AL SABER DEL PROBLEMA DE SU HIJO(A)?

- NO ME IMPORTO
- ME DIO CORAJE
- TRISTEZA
- FRUSTRACION
- DESILUSION

4.- ¿QUE ACTITUD TOMO PARA CON SU HIJO AL CONOCER SU PROBLEMA?

- LE DI CONSEJOS
- LO CASTIGUE
- LO GOLPEE
- LO AYUDE CON SUS TAREAS
- LO PUSE A ESTUDIAR MAS
- NO HICE NADA

5.- TIPOS DE CASTIGOS QUE EMPLEE CON MI HIJO(A) _____

6.- ¿CON QUIEN ACUDIO A CONSULTARLE EL PROBLEMA?

- CON UN FAMILIAR
- CON UN AMIGO(A)
- CON EL PROFESOR
- CON EL MEDICO FAMILIAR
- CON NADIE

7.- CUANDO MI HIJO(A) LLEGABA CON BAJAS CALIFICACIONES, YO:

- NO DECIA NADA
- LO CASTIGABA
- LO GOLPEABA
- LE DABA CONSEJOS
- NO LE HABLABA
- OTROS _____

- 8.- CUANDO MI HIJO(A) TRAIA MALAS CALIFICACIONES, YO:
- ME DABA CORAJE
 - ME SENTIA TRISTE
 - ME SENTIA ANGUISTIADO
 - NO ME IMPORTABA
 - SENTIA
-
- 9.- DEL PROBLEMA DE MI HIJO(A), TIENE LA CULPA:
- PADRE
 - MADRE
 - MI HIJO(A)
 - LA FAMILIA
 - EL PROFESOR
 - NADIE
- 10.- ¿COMO SE MUESTRAN LOS HERMANOS CON SU HIJO(A) CON EL PROBLEMA?
- INDIFERENTES
 - SE BURLAN DE EL
 - SE ENOJAN FACILMENTE CON EL
 - LE AYUDAN CON SUS TAREAS
 - NO LES IMPORTA
- 11.- LA ACTITUD DE MI ESPOSO(A) ANTE MI HIJO(A) AFECTADO ES:
- INDIFERENCIA
 - ENOJO
 - PREOCUPACION
 - LE AYUDA CON SUS TAREAS
 - LO CASTIGA
 - LO GOLPEA
- 12.- CUANDO MI HIJO(A) TRAE MEJORES CALIFICACIONES QUE ANTES YO:
- NO LE DIGO NADA
 - LO FELICITO
 - LE DOY UN PREMIO
 - OTRO
-
- 13.- EL PROBLEMA DE MI HIJO(A) ME PREOCUPA:
- MUCHO
 - REGULAR
 - POCO
 - NADA
- 14.- ¿COMO DEBE ESTAR EL CUARTO DONDE ESTUDIE MI HIJO(A):
-
- 15.- PARA QUE MI HIJO(A) MEJORE DE SU PROBLEMA, YO:
- LE AYUDO CON SUS TAREAS
 - LE DOY PREMIOS
 - LO CASTIGO EN SU CUARTO
 - LO GOLPEO
 - OTRO
-

16.- PARA QUE EL NIÑO(A) MEJORE SU PROBLEMA TIENE QUE:

- ESTUDIAR A CUALQUIER HORA, PERO ESTUDIAR DIARIO
- ESTUDIAR DIARIO Y SIEMPRE A LA MISMA HORA.
- ESTUDIAR CADA TERCER DIA, A CUALQUIER HORA.
- ESTUDIAR CADA TERCER DIA Y SIEMPRE A LA MISMA HORA
- OTRO _____

A N E X O I V .

SEGUNDA PARTE.

II.- CONTESTE EN EL RENGLON O SUBRAYE LA RESPUESTA CORRECTA.

1.- ¿QUE ACTITUD TOMO PARA CON SU HIJO(A) AL CONOCER EL PROBLEMA?

- A.- LE DI CONSEJOS
- B.- LO CASTIGUE
- C.- LO GOLPEE
- D.- LO AYUDE CON SUS TAREAS
- E.- LO PUSE A ESTUDIAR MAS
- F.- NO HICE NADA

2.- TIPOS DE CASTIGOS QUE EMPLEE CON MI HIJO(A) _____

3.- CUANDO MI HIJO(A) LLEGABA CON BAJAS CALIFICACIONES, YO:

- A.- NO DECIA NADA
- B.- LO CASTIGABA
- C.- LO GOLPEABA
- D.- LE DABA CONSEJOS
- E.- NO LE HABLABA
- F.- OTROS _____

4.- CUANDO MI HIJO(A) TRAIA MALAS CALIFICACIONES, YO:

- A.- ME DABA CORAJE
- B.- ME SENTIA TRISTE
- C.- ME SENTIA ANGUISTIADO
- D.- NO ME IMPORTABA
- E.- SENTIA _____

5.- DEL PROBLEMA DE MI HIJO(A) TIENE LA CULPA:

- A.- PADRE
- B.- MADRE
- C.- MI HIJO(A)
- D.- LA FAMILIA
- E.- EL PROFESOR
- F.- NADIE

6.- LA ACTITUD DE MI ESPOSO(A) ANTE MI HIJO AFECTADO ES:

- A.- INDIFFERENCIA
- B.- ENOJO
- C.- PREOCUPACION
- D.- LE AYUDA CON SUS TAREAS
- E.- LO CASTIGA
- F.- LO GOLPEA

7.- CUANDO MI HIJO(A) TRAE MEJORES CALIFICACIONES QUE ANTES, YO:

- A.- NO LE DIGO NADA
- B.- LO FELICITO
- C.- LE DOY UN PREMIO
- D.- OTRO

8.- EL PROBLEMA DE MI HIJO (A) ME PREOCUPA:

- A.- MUCHO
- B.- REGULAR
- C.- POCO
- D.- NADA

9.- ¿COMO DEBE ESTAR EL CUARTO DONDE ESTUDIE MI HIJO(A):

10.- PARA QUE MI HIJO(A) MEJORE DE SU PROBLEMA, YO:

- A.- LE AYUDO CON SUS TAREAS.
- B.- LE DOY PREMIOS
- C.- LO CASTIGO EN SU CUARTO
- D.- LO GOLPEO
- E.- OTROS

11.- PARA QUE EL NIÑO(A) MEJORE SU PROBLEMA TIENE QUE:

- A.- ESTUDIAR A CUALQUIER HORA, PERO ESTUDIAR DIARIO.
 - B.- ESTUDIAR DIARIO Y SIEMPRE A UNA MISMA HORA.
 - C.- ESTUDIAR CADA TERCER DIA, A CUALQUIER HORA.
 - D.- ESTUDIAR CADA TERCER DIA Y SIEMPRE A LA MISMA HORA.
 - E.- OTRO
-